

## Agenda Mundial

### Año 1979

Para proteger la alimentación infantil, y vigilar el mercadeo de los sucedáneos de la leche materna, en 1979 se fundó IBFAN (*Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil*)

**IBFAN** agrupa asociaciones que trabajan alrededor del mundo para mejorar la salud y bienestar de bebés, niños y niñas, de sus madres y sus familias a través de la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna libre de presiones comerciales y para mejorar la seguridad de los alimentos artificiales. Así los grupos IBFAN, vigilan por todo el mundo como buenos guardianes de la lactancia materna, las estrategias de mercadeo sobre nutrición infantil, para que la Asamblea Mundial de la Salud adopte medidas y Resoluciones que permitan una protección de la salud infantil y de los derechos de las madres.

A **IBFAN** pertenecen grupos muy diversos, algunos son asociaciones de consumidores, otros grupos de madres, de apoyo a la lactancia materna, grupos de defensa de los derechos humanos, grupos de cooperación para el desarrollo. Todos tienen una meta común y es la de tomar medidas de acción directa para exigir la aplicación del Código Internacional

### Año 1981

El trabajo de IBFAN, contribuyó en buena medida a que en 1981 la Asamblea Mundial de la Salud (dicha Asamblea es un cuerpo político de la Organización Mundial de la Salud) aprobara el llamado:

**“Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna”.**

**“Resumen de los puntos principales del Código de comercialización de los derivados de leche para lactantes”**

- Prohíbe la publicidad de sucedáneos de la leche materna en el sistema de salud o para el público en general.
- Prohíbe dar muestras gratuitas a las madres embarazadas.
- Prohíbe los suministros gratuitos o a bajo precio a los hospitales.
- Prohíbe el contacto entre el personal comercial de las compañías y madres.
- Las publicaciones dirigidas a las madres no deben ser promocionales, y deben llevar información y advertencias claras y completas.
- Las compañías no deben hacer regalos a los trabajadores de la salud.

- Se prohíben las muestras gratuitas para los profesionales de la salud, excepto para la evaluación profesional o para investigación en el ámbito profesional.
- Las publicaciones para trabajadores de salud sólo contendrán información científica y objetiva.
- Se prohíben las fotos de bebés y otras imágenes que idealicen en las etiquetas de leche artificial.
- Las etiquetas de otros productos deben llevar información necesaria para uso adecuado, de una forma que no desaliente la lactancia materna

Utilizando palabras de Carol Bellamy, directora ejecutiva de UNICEF

*UNICEF apoya tan firmemente la lactancia materna en forma exclusiva porque puede salvar vidas- tanto como 1,5 millones por año según la Organización Mundial de la Salud.*

*Los lactantes alimentados con fórmula tienen entre cuatro y seis veces más posibilidades de morir de la enfermedad que los alimentados con leche materna. (En parte porque la fórmula muchas veces se prepara con agua potencialmente contaminada y porque no fortalece el sistema inmune como lo hace la leche materna)*

*Por esas mismas razones, UNICEF apoya firmemente el Código Internacional sobre Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna. La Asamblea mundial de la Salud, el ente encargado de las políticas de Salud a nivel mundial, adoptó el Código por unanimidad y que decenas de gobiernos lo han implementado, en parte o en su totalidad, a través de su legislación nacional.*

El Código es un requerimiento mínimo que los países deben cumplir tanto en el Norte como en el Sur, en el Desarrollo como en el subdesarrollo, en la riqueza y en la pobreza

**Actualmente el Código Internacional se ha convertido en ley total o parcialmente en cerca de 55 países**

***En España se regula según Real decreto 1408/1992 de 20 de noviembre, publicado en el BOE de 13 de enero de 1993. Y en el BOE de 4 de febrero de 1998, Real decreto 72/1998***

## Año 1983

UNICEF pone en marcha una campaña llamada La revolución por la supervivencia y el desarrollo de los niños y de las niñas, mediante programas de apoyo a la lactancia materna y a la nutrición adecuada.

## Año 1989

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los derechos del niño, que entra en vigencia en septiembre de 1990. Así la Convención se convierte en el tratado de derechos humanos más aceptado de la historia.

Dentro de dicho tratado se estipula, la obligación jurídica de los Estados de otorgar a las familias el conocimiento y el apoyo necesario para poder practicar la lactancia materna

**En 1989 la OMS Y el UNICEF** viendo la importancia de la lactancia materna para la salud en el mundo, iniciaron una campaña para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna Editaron un documento en el que instaban a todos los Hospitales del mundo a poner en marcha las medidas que se resumen en los **Diez pasos para una feliz Lactancia Natural**

La Declaración conjunta de OMS-UNICEF de 1989, fue la base para la **IHAN“Iniciativa Lactancia Materna: Hospital Amigo de los niños” (IHAN)”,** a través de la cual UNICEF continuó la tarea añadiendo además que se cumpliera en todo el mundo el Código Ético de comercialización de los derivados de la leche para lactantes.

## IHAN Iniciativa Hospital Amigo de los Niños

La **IHAN** en el mundo ha sido un éxito enorme, pues en más de 20.000 hospitales en el mundo, se cumplen los 10 pasos para una feliz lactancia materna y han sido galardonados por UNICEF como Hospitales Amigos de los Niños

En nuestro país han sido galardonados como Hospitales Amigos de los Niños Los Hospitales de Gerona, Tarragona, Granollers, Denia, Jarrío y Cangas de Narcea en Asturias, Mora de Ebro en Tarragona, Zumárraga en Guipúzcoa

## Año 1990

### 1990-DECLARACIÓN DE INNOCENTI

Fue adoptada, en la reunión conjunta OMS – UNICEF en 1990 y aprobada por la Asamblea

Mundial de la Salud en 1991 y hace un llamamiento a los gobiernos para:

- Apoyar en todo el mundo la Lactancia Materna, adoptando medidas para conseguir una Cultura de la Lactancia Materna
- Proclamar las ventajas de la Lactancia Materna
- Crear coordinadores nacionales y comités multi-sectoriales de lactancia.
- Asegurar que los Servicios de Maternidad cumplan los Diez Pasos para una feliz Lactancia Materna, según la Declaración Conjunta OMS-UNICEF.
- Implementar el Código Internacional y las resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud
- Instar a los Estados a integrar Programas de Lactancia, como definir una legislación que proteja el derecho a amamantar que tienen las mujeres trabajadoras

Para fortalecer la acción de los objetivos de la Declaración de Innocenti, se formó **WABA (Alianza Mundial Pro Lactancia Materna) Fue fundada en 1991** para apoyar a UNICEF y a los gobiernos a lograr el cumplimiento de los objetivos de la Declaración de INNOCENTI.

IBFAN es miembro de WABA desde su fundación.

**WABA es una Red Mundial** de organizaciones y de personas que creen en el derecho a la lactancia materna de cada niño y de cada niña y de cada madre y que se dedican a proteger, fomentar y apoyar ese derecho.

Es la creadora de la **SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA Del 1 al 7 de octubre Día 1 de Agosto DÍA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA**

Una de las mayores actividades de WABA es la movilización social para aumentar la sensibilidad por la lactancia materna, mediante la celebración de la.

## Semana Mundial de la Lactancia Materna

Que se celebra cada año durante la primera semana de octubre y los temas que se han elegido desde el año 92 son los siguientes:

- 1992 La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
- 1993 El derecho a la lactancia de la madre trabajadora
- 1994 El Código de la OMS y la protección de la Lactancia Materna
- 1995 El poder de las mujeres para poder amamantar
- 1996 Lactancia Materna responsabilidad de la Comunidad

- 1997 Lactancia Materna un camino Natural
- 1998 Lactancia Materna la mejor Inversión
- 1999 Lactancia Materna. Educación para la Vida
- 2000 Lactancia Materna es tu Derecho
- 2001 Lactancia Materna en la Era de la Información
- 2002 Lactancia Materna saludable para madres y bebés
- 2003 Amamantamiento\*: Un mundo justo (adaptado) para los niños

#### **Lactancia Materna:**

**“una acción de salud y un derecho que se debe aplicar en la legislación”.**

**“Lactancia materna un derecho del niño y de la madre”**

#### **DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA**

##### **Declaración conjunta OMS - UNICEF (1989)**

Todos los servicios de Maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una norma escrita sobre lactancia natural, que se comunique sistemáticamente a todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa norma.
3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto
5. Enseñar a las madres cómo dar e pecho y cómo continuar con la lactancia natural, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día
8. Fomentar la lactancia materna a demanda
9. No dar a los niños alimentados a pecho, tetinas o chupetes
10. Fomentar la organización de grupos de apoyo a la lactancia natural y derivar a las madres a éstos después de su salida del hospital.

#### **PRUEBAS CIENTÍFICAS DE LOS DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL**

*Las conclusiones que figuran en cada paso, han sido extraídas del texto de la OMS, WHO / CHD/98-99.*

*En el mismo se detallan todos los estudios y las referencias bibliográficas que han permitido enunciar las conclusiones que se resumen a continuación*

##### **Eficacia de las normas escritas ( Paso 1 )**

Varias publicaciones demuestran las ventajas de una norma estricta para aumentar la eficacia de las intervenciones, según estudio transversal en 4 países OMS, WHO / CHD/98-99.

##### **Eficacia de la formación (capacitación) del personal de salud (Paso 2 )**

Los estudios transversales, tanto en países industrializados como en desarrollo, han dejado claro desde hace tiempo que los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios frecuentemente no favorecen la lactancia materna. Para conseguir cambios en las prácticas hospitalarias, la capacitación debe ser obligatoria y combinarse con normas rigurosas de lactancia. Los estudios realizados demuestran una mejora en los conocimientos actitudes y prácticas en los centros sanitarios tras la capacitación, así como un aumento del cumplimiento de los 10 pasos Según *la OMS, WHO / CHD/98-99.*

##### **La educación prenatal (Paso 3 )**

Es especialmente útil para las primíparas y puede tener un importante efecto sobre la lactancia, sobre todo si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza de la madre en la capacidad para lactar.

Según *la OMS, WHO / CHD/98-99.*

##### **Efectos del contacto precoz sobre la lactancia (Paso 4)**

El contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia.

Incluso 15 o 20 minutos de contacto durante la primera hora pueden ser beneficiosos, mientras que una interrupción del contacto de 20 minutos en la primera hora puede ser perjudicial, lo que sugiere una posible relación dosis-respuesta. Puede que la succión espontánea no se produzca hasta 45 minutos o 2 horas después del nacimiento; pero el contacto piel con piel debe empezar lo más pronto posible después del parto

Es de gran importancia el contacto precoz con la madre sobre la duración de la lactancia materna. Según *DeChateau P and Wiberg B (1977) Long term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour postpartum Acta Paediatr 66: i45-i5i.*

**Conclusión:** El contacto extra entre madre e hijo durante la primera hora tras el parto puede influir sobre la duración de la lactancia materna.

**Recomendaciones:** Los recién nacidos deben ser colocados, desnudos, sobre el abdomen de su madre, sin molestarles hasta que han conseguido mamar por primera vez; y se deben promover activamente sus esfuerzos para alcanzar el pecho. Según los estudios de *Estudios de Righard and Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breastfeed Lancet 336: 1105-1107.*

Las madres y sus hijos no se han de separar después del parto, salvo que exista un motivo médico inevitable. Lo mejor es que el recién nacido permanezca con su madre de forma continua desde el nacimiento, y se le permita mamar espontáneamente en cuanto dé señales de estar preparado para ello

Una recomendación mínima, arbitraria pero práctica, es que el contacto piel con piel empiece dentro de la primera media hora, y continúe durante al menos 30 minutos.

Debe reducirse al mínimo el uso rutinario de petidina. Si las madres han recibido petidina en las 5 horas previas al parto, es probable que sus hijos estén deprimidos; y pueden necesitar más tiempo de contacto piel con piel antes de comenzar a mamar.

El contacto precoz, incluyendo tocar el pezón, puede tener importantes efectos sobre la conducta maternal en general y sobre el vínculo entre madre e hijo. El contacto piel con piel puede ser importante, y se debe recomendar tanto para las madres que tienen intención de dar el pecho como para las que no.

### **Efecto de la ayuda práctica individual con la técnica de la lactancia (Paso 5)**

El efecto de la técnica de succión al alta sobre la duración de la lactancia *Righard L and Alade MO (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding Birth 19 (4):185-189.*

La prevalencia de lactancia materna al cabo de 1,2,3 y 4 meses era significativamente más alta entre los grupos que se fueron de alta con la colocación correcta que en el grupo no corregido

**Conclusión:** El estudio demuestra que es posible identificar y corregir en la sala de maternidad una técnica de lactancia incorrecta, y por tanto aumentar las probabilidades de la madre de dar el pecho con éxito.

En los servicios de maternidad debería ser práctica habitual que una comadrona o enfermera con experiencia observase la mamada y corrigiese los defectos técnicos. También se demuestra que había que evitar el uso excesivo de chupetes y la introducción precoz de biberones ocasionales.

### **No administrar suplementos (suero glucosado, ni lácteos), a no ser que estén médicamente indicados (6º paso)**

Los recién nacidos sanos a término normalmente no necesitan suplementos para la leche de sus madres, con tal de que el inicio de la lactancia sea precoz y las mamadas frecuentes. Los cambios en las normas aumentaron la duración global de la lactancia materna exclusiva. Según estudios de *Nylander G. Lindemann R. Helsing E. Bendvold E (1991) Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward Acta Obstet Gynecol Scand 70;205-209.*

Las madres necesitan ayuda competente con la lactancia para prevenir o superar las dificultades, de modo que no se administren alimentos prelácteos y suplementos si no hay una indicación médica específica. La restricción en el uso de estos alimentos es una de las medidas de salud más rentables que se conocen. No hay ninguna justificación para dar a las madres muestras gratuitas de sucedáneos de la leche materna, ni antes ni después del parto.

### **Efecto del alojamiento conjunto sobre la lactancia (Paso 7)**

Efectos del alojamiento conjunto en la frecuencia de la lactancia materna en 24 horas

*Yamauchi Y and Yamanouchi I (1990) The relationship between rooming-in and breastfeeding variables Acta Paediatric Scand : 1017-1022.*

**Resultados:** La frecuencia de las mamadas en 24 horas fue significativamente mayor con el alojamiento conjunto entre el segundo y el séptimo día ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que los recién nacidos en alojamiento conjunto maman con una frecuencia significativamente más alta que los que están en la sala nido durante la primera semana.

Los autores concluyen que “algunos de los problemas de alimentación en el neonato, como la necesidad de suplementar la leche materna o el retraso en recuperar el peso al nacimiento podrían ser eliminados educando a las madres y enfermeras y cambiando las

normas y rutinas del hospital en cuanto a la lactancia materna”.

### **Separación entre el recién nacido y su madre, y duración de la lactancia**

*Elander G and Lindberg T(1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding Acta Paediatr Scand 73:237-240.*

**Resultados:** Tras controlar las posibles variables de confusión, se encontró una tasa de lactancia materna exclusiva a los 3 meses del 37% en el grupo separado y del 72% en el grupo no separado.

**Conclusión:** Los resultados de este estudio muestran que incluso una enfermedad banal que causa una breve separación entre el recién nacido y su madre puede disminuir la duración de la lactancia, aunque los recién nacidos hayan seguido mamando durante la separación.

Los motivos aducidos para no aplicar el alojamiento conjunto no son necesariamente válidos, ni siquiera para madres que no quieren dar el pecho. Un argumento frecuente es que las madres necesitan descansar, y que no podrán dormir si los bebés permanecen junto a ella durante la noche. Waldenström y Swenson (1991) estudiaron el efecto de animar a las madres a quedarse con sus bebés por la noche, cuando ya se practicaba el alojamiento conjunto diurno. La presencia del bebé durante la noche no afectó al número de horas de sueño o al estado de alerta de las madres durante el día, aunque por la noche dieron el pecho con más frecuencia.

Keefe estudió el sueño nocturno de las madres (1988) y los patrones de sueño de los niños (1987) en un grupo de alojamiento conjunto de 7:00 a 23:00 horas, en que los bebés pasaban la noche en la sala de nidos. No se encontraron diferencias significativas en el número de horas que dormían las madres ni en la calidad de su sueño. Siete de las diez madres en el grupo con sala nido tomaron somníferos al menos una vez durante las dos noches del estudio, frente a ninguna en el grupo con alojamiento conjunto.

### **Temperatura de recién nacidos que han estado en contacto piel con piel con su madre o en una cuna**

*Christensson K, Siles C, Moreno L, Belaustequi A. De La Fuente P. Lagercrantz H, Puyol P, and Winberg J.(1992) Temperature metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin or in a cot Acta Paediatric 81: 488-93.*

Estudios en el Instituto Karolinska (Estocolmo) y en el Hospital 12 de Octubre (Madrid).

Se estudiaron 50 recién nacidos, divididos en dos grupos. Un grupo control de 25 recién nacidos fueron separados de la madre.

Se registraron durante los primeros 90 minutos: temperatura, glucemia capilar y exceso de bases (mmol/l), ritmo respiratorio y llanto de los recién nacidos. Se observó que en el grupo piel con piel tienen la temperatura más alta que en el grupo control. Respiran mejor. El nivel de glucemia capilar (mmol/l) es mejor, más alto.

El exceso de bases (mmol/l) menor y lloran diez veces menos con la madre que separados en la cuna.

**Conclusión:** Durante el postparto inmediato, el contacto piel con piel se asocia con temperaturas corporales y cutáneas más altas y una adaptación metabólica más rápida. El cuerpo de la madre es una fuente eficaz de calor para el bebé.

Recomendaciones: La madre es una fuente importante de calor para el recién nacido; y la promoción del contacto corporal entre madre e hijo durante las primeras dos horas después del parto puede ser beneficiosa para ambos desde el punto de vista fisiológico.

### **Datos clínicos: morbilidad de los recién nacidos en el Hospital Sanglah**

Antes y después del alojamiento conjunto (del 1 de noviembre de 1884 al 31 de octubre de 1985)

*Soetjningsih and Suraatmaja S(1986) The advantages of rooming-in Pediatrics Indonesia 26:229-235.*

Tras poner en práctica el alojamiento conjunto:

La diarrea, la otitis media, la sepsis neonatal, y la meningitis disminuyeron, tanto en los recién nacidos a término como en los de bajo peso.

Disminuyó la mortalidad por infecciones, 41(2.21%) frente a 16 (0.81%); mientras que las muertes por otras causas apenas cambiaron, 58 (3.13%) frente a 16 (2.59%). El consumo de leche artificial en polvo bajó de 105.6 latas de 400 g a 25.6 latas al mes.

El consumo de líquidos endovenosos bajó de 135.8 frascos de 500 ml a 74.1 frascos al mes. La estancia media en el hospital se redujo de 4.2 a 1.8 días.

**Conclusión:**La implantación del alojamiento conjunto tuvo ventajas para la madre, el niño y el hospital.

### **Efecto del colecho en la lactancia materna y otros resultados**

La lactancia nocturna se ha asociado con el colecho (dormir madre e hijo en la misma cama). McKema, Mosko y Richard (1997) estudiaron la conducta nocturna de parejas madre-hijo sanas de origen hispano que habitualmente dormían juntos ( n = 20 ) ó separados ( n = 15 ).

Los bebés tenían 3 ó 4 meses, y tomaban lactancia exclusiva por la noche. Los lactantes que habitualmente dormían con su madre mamaron tres veces más tiempo durante la noche que los que solían

Dormir separados, lo que sugiere que el colecho favorece la lactancia materna, el colecho podría proteger contra la muerte súbita infantil. No existen pruebas concluyentes de ésta hipótesis. Clemnts y cols. (1997) encontraron en un estudio longitudinal que el colecho se asociaba con una mayor duración de la lactancia, incluso tras ajustar posibles factores de confusión

### Conclusiones

En años recientes se ha acumulado una considerable experiencia con el alojamiento conjunto, y una vez instituido, el personal y las madres suelen afirmar que lo prefieren a la sala nido.

Los argumentos habitualmente aducidos para no practicarlo, como la posible interferencia con el sueño de la madre, no parecen ser válidos.

El alojamiento conjunto tiene efectos beneficiosos, tanto para la lactancia como para la relación madre-hijo.

El efecto sobre la lactancia puede deberse en parte a que el alojamiento conjunto facilita la lactancia a demanda. La lactancia a demanda es difícil cuando el bebé está en los nidos, mientras que la restricción de las mamadas es difícil en el alojamiento conjunto.

Los recién nacidos en los nidos, lloran más, y sus cuidadores no responden tan a menudo como las madres que están en la misma habitación. Por lo tanto, los recién nacidos, amamantados o no, deben permanecer en la habitación con sus madres las 24 horas de día

### Ventajas de la lactancia a demanda ( Paso 8 )

La lactancia a demanda tiene ventajas claras. El miedo a posibles efectos perjudiciales, como el mayor dolor de los pezones, carece de fundamento.

Se sabe ahora que el dolor en los pezones se debe sobre todo a una mala colocación del niño al pecho, sin relación con la duración de las tomas (Woolridge, 1986).

Entre las ventajas de la lactancia a demanda para el lactante están una menor pérdida de peso en el postparto inmediato y una mayor duración de la lactancia.

Frecuencia de las mamadas en las primeras 24 horas postparto e incidencia de hiperbilirrubinemia al sexto día. *Yamauchi Y Yamanouchi I (1990) Breast-feeding frequency during the first 24 horus after birth in full-term neonates Pediatrics 86 (2); 171-175.*

**Conclusión:** Existe una fuerte relación dosis-respuesta entre la frecuencia de las mamadas y la menor incidencia de la ictericia.

**Recomendaciones:** Las mamadas frecuentes durante los primeros días de vida tienen muchos efectos beneficiosos para el recién nacido a término amamantado.

Las tomas frecuentes se asocian con niveles de bilirrubina más bajos durante el periodo neonatal. Para las madres, la lactancia a demanda ayuda a prevenir la ingurgitación, y el establecimiento de la lactancia materna es más fácil

En los hospitales en que se ha instaurado la lactancia a demanda suelen explicar que la ingurgitación y otros problemas asociados disminuyen, aunque estas observaciones, raramente se publican.

### Efecto perjudicial de tetinas y chupetes (Paso 9)

Las tetinas y chupetes alteran las pautas de respiración y succión, tanto si se administra leche artificial como leche materna extraída (Mathew y Bhatia, 1989). Al tomar un biberón, la espiración se alarga, y la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno disminuyen, en relación con lo observado al tomar el pecho.

Meier (1988) encontró que los prematuros mostraban más signos de sufrimiento, como la disminución de la presión de oxígeno transcutánea, cuando tomaban un biberón que cuando mamaban del pecho; ello indica que la práctica de “enseñar” al prematuro a tomar el biberón antes de iniciar la lactancia es inapropiada.

También se han señalado los cambios en la cavidad oral. En los lactantes mayores, la forma galopante de caries de la dentición primaria, conocida como “caries del biberón”, es más frecuente en niños que usan el biberón o el chupete.

La maloclusión dental se ha visto que es más frecuente en niños que toman el biberón, siendo mayor el efecto cuanto más prolongada es la exposición. Labbok y Hendershot (1987).

Se ha observado una mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y de sus secuelas tanto con la lactancia artificial (Williamson, Dunleavey y Robinson, 1994) como con el uso de chupetes Niemela, Uhari y Möttönen, 1995)

Los timpanogramas anormales de lactantes de 7 a 24 meses que tomaban el biberón e posición supina sugieren una alteración dinámica de la presión en el oído medio (Tully, Bar-Haim y Brasley, 1995). Los autores sugieren que el efecto es debido a la alteración funcional de la trompa de Eustaquio, y al reflujo de líquido hacia el oído medio

Otros peligros incluyen la mayor incidencia de candidiasis oral (Manning, Coughlin y Poskitt, 1985; Sio y cols., 1987); el uso de materiales potencialmente cancerígenos en la fabricación de tetinas y chupetes (Westin, 1990), y la sofocación con partes sueltas de goma.

Existen pruebas crecientes de que el uso de tetinas y chupetes se asocia con un abandono precoz de la lactancia, así como con otros problemas. En un servicio de Maternidad, los chupetes no deberían ser nunca necesarios.

### **Importancia de los grupos de madres (Paso 10)**

En los países escandinavos, los grupos de apoyo de madre a madre han tenido un papel primordial en la promoción de la lactancia.

Hasta la fecha, nueve estudios han evaluado el efecto sobre la lactancia materna del apoyo de consejeras (*Burkhalter y Marin, 1991; R. Lundgren, Kistin, Abramson y Dublín, 1994; Mongeon y Allard, 1995; Long y cols, 1995; Alvarado y cols., 1996; Davies-Adetugbo, 1996; A.L. Morrwo y cols., 1996; Leite y cols., 1998.*

Todos los estudios, sobre el efecto de los grupos de apoyo a la lactancia, hallaron un aumento de la lactancia materna exclusiva o parcial, medida hasta los 6 meses después del parto.

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE LOS 10 PASOS**

Las pruebas a favor de los Diez Pasos hacia una feliz Lactancia Natural son abundantes, incluso cuando se considera cada paso por separado.

Los Pasos 1 Y 2, sobre normas y capacitación, son necesarios para la aplicación de todos los demás. La experiencia muestra que sin normas estrictas y una buena formación del personal, no es posible cambiar las prácticas.

Los pasos más claramente establecidos son los tres relativos a la orientación y apoyo para la madre: el Paso 3, educación prenatal; el paso 5, mostrar a las madres cómo dar el pecho, y el paso 10, apoyo continuado después del alta. Son los pasos que pueden resultar más difíciles de aplicar. Juntos están entre las intervenciones en salud más rentables.

Hay bastantes pruebas en principio del Paso 4, relativo al contacto precoz., la parte más importante del procedimiento es que el bebé tenga contacto piel con piel con su madre desde el mismo momento del nacimiento hasta que espontáneamente de muestras de querer mamar. Esto suele ocurrir en el transcurso de las primeras dos horas.

Las pruebas a favor del Paso 7, alojamiento conjunto, y del Paso 8, lactancia a demanda, demuestran que no se aumenta el riesgo de dolor en los pezones, y el alojamiento conjunto no interfiere necesariamente con el descanso de la madre, ni aumenta las infecciones cruzadas.

El Paso 6, sobre el uso de suplementos, y el Paso 9, sobre el uso de tetinas y chupetes, están estrechamente

relacionados. Son numerosos los estudios que demuestran una asociación entre el uso de tetinas o chupetes y el abandono precoz de la lactancia. Sin embargo sin una orientación adecuada y un apoyo continuo, no podrá abandonarse el uso de suplementos.

### **HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS EN ESPAÑA, QUE CUMPLEN LOS DIEZ PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL**

Hospital de la Marina Alta de Denia Alicante  
Hospital Joan XXIII en Tarragona  
Hospital de Jarrio en Coaña (Asturias)  
Hospital Dr. Trueta en Girona  
Hospital Asil Granollers (Barcelona).  
Hospital de Cangas de Narcea. Asturias

Hospitales próximos a ser evaluados:  
Hospital de Zumárraga en Guipúzcoa  
Hospital de Mora de Ebro en Tarragona