

## INVESTIGACIÓN EN LACTANCIA

---

### Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna en las Instituciones Hospitalarias

ANA M. PARRILLA RODRÍGUEZ, MD, MPH; JOSÉ A. CAPRILES QUIRÓS, MD, MPH

---

**La política para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico tiene como una de sus metas que todos los hospitales en la isla se conviertan en Hospitales Amigos del Niño. Los autores presentan un modelo de política hospitalaria que puede ser adoptado**

**y se ofrecen recomendaciones para la implantación de esta política.**

*Palabras clave: Lactancia materna, Amamantamiento, Prácticas hospitalarias, Políticas hospitalarias, Hospital Amigo del Niño*

---

**L**a Iniciativa Hospital Amigo del Niño surgió como un esfuerzo de la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF en 1991(1). La misma pretende reconocer mediante un certificado de mérito toda aquella institución que cumpla con los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. En el 1995 el Departamento de Salud de Puerto Rico se unió a los esfuerzos internacionales adoptando la Política Pública para la Promoción de la Lactancia Materna en Puerto Rico. Esta política tiene como una de sus metas “lograr que las instalaciones de salud que ofrecen servicios a madres y niños adopten las recomendaciones de la Iniciativa Hospitales Amigo del Niño de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia” (2).

Una investigación sobre las prácticas hospitalarias que promocionan la lactancia materna en Puerto Rico demostró que los hospitales estudiados no cumplen con la mayoría de los diez pasos (3). Como requisito para solicitar un certificado de intención para convertirse en un Hospital Amigo del Niño la institución debe, entre otras cosas, someter una política escrita. Esta política debe implantar cada uno de los diez pasos. Debe incluir, además, una

filosofía institucional de no recibir donativos de compañías que promuevan la alimentación artificial (4).

Los autores ofrecen un modelo escrito de una política hospitalaria que puede ser utilizado por cualquier institución del país. Toda la política está sustentada por la literatura científica y las nuevas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría sobre el manejo del amamantamiento y el uso de la leche humana (5) (Tabla 1). La política debe acompañarse por asesoría técnica sobre la implantación de la misma que puede ser ofrecida libre de costo por la facultad del Programa de Madres y Niños y su Proyecto para la Promoción de la Lactancia Humana y el Amamantamiento de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

Los autores recomiendan que toda institución que ofrezca servicios a madres y sus niños tenga un comité de lactancia que trabaje con el cumplimiento de esta política. Entre los miembros de este comité deben figurar el director ejecutivo de la institución, el administrador, los directores médicos de las áreas de obstetricia y ginecología y de pediatría, así como los supervisores de enfermería en las áreas de maternidad, sala de parto, clínicas prenatales, sala de recién nacidos y cualquier otro representante de las áreas que sean importantes para llevar a cabo este plan (30). Es vital realizar un plan estratégico que evalúe el ambiente interno y externo de la institución, así como las fortalezas y debilidades de la misma. El adiestramiento del personal de la institución en el manejo de la lactancia humana y amamantamiento habrá de garantizar el cumplimiento efectivo y correcto de cada parte de la política institucional.

---

Del Programa de Salud de la Madre y el Niño, Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

Dirigir correspondencia a: Ana M. Parrilla, MD, MPH, Programa de Salud de la Madre y el Niño, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, PO Box 365067, San Juan, Puerto Rico 00936-5067, Correo electrónico: gorrin.parrilla@edupro.net.pr.

**Tabla 1. Modelo para la Política Hospitalaria de Lactancia Materna**

- 
- Paso 1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud (6-9).**
1. 1 Este hospital no acepta donativos de leche artificial, agua con glucosa, agua estéril, biberones, mamaderas o chupetes de ninguna compañía.
  1. 2 En esta institución estamos comprometidos con la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna por lo que alentamos a las madres a que alimenten a sus bebés al pecho y no promovimos la alimentación artificial ni ningún producto que afecte el inicio y establecimiento de la lactancia materna.
  1. 3 Esta política está disponible para el conocimiento de los empleados, las madres, sus familiares y la comunidad en unos lugares específicamente designados para ello.
  1. 4 La institución tiene un personal designado para que junto con el oficial ejecutivo de la institución coordinen y supervisen la implantación de esta política hospitalaria.
- Paso 2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica la política (5,10-14).**
2. 1 Los empleados del hospital que trabajan en el área de madres y niños deben tener un adiestramiento mínimo de 18 horas sobre manejo de lactancia humana y amamantamiento. Este adiestramiento incluye un mínimo de 3 horas de experiencia clínica. La institución provee el adiestramiento necesario a sus empleados sobre lactancia humana y amamantamiento.
  2. 2 Estos requisitos aplican a los médicos que tienen privilegios hospitalarios en la institución dentro de los servicios de maternidad, sala de partos, sala de emergencia, sala de recién nacidos, intensivo neonatal, clínica prenatal o clínica de pediatría.
  2. 3 Los empleados que sean nuevos en la institución y no puedan presentar evidencia de haber tomado este adiestramiento tienen un periodo de 6 meses a partir de la fecha que comenzaron a trabajar para completar los mismos.
- Paso 3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica (5, 7, 15-17).**
3. 1 El hospital ofrece charlas de orientación prenatal sobre lactancia materna para todas las mujeres embarazadas que vayan a tener a sus bebés en esta institución y para las mujeres de la comunidad que deseen asistir.
  3. 2 Están disponibles materiales educativos sobre lactancia materna para que los proveedores del cuidado de salud los usen en sus oficinas o clínicas. Estos materiales están libres de influencia comercial alguna.
- Paso 4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la hora siguiente al parto (5, 18).**
4. 1 Los infantes se colocarán en el pecho de la madre dentro de los primeros 30 a 60 minutos después del parto. En caso de un parto por cesárea se colocarán en el pecho de la madre en la Sala de Recuperación dentro de la primera hora desde que estén capacitadas para responder, cuando no exista contraindicación médica.
  4. 2 Algunos bebés que no deben pegarse al pecho inmediatamente son:
    - a. Madre altamente medicada
    - b. Infante con apgar a los 5 minutos < de 6.
    - c. Prematuro de menos de 36 semanas
    - d. Infante con dificultad respiratoria
    - e. Paciente inestable admitido al Intensivo Neonatal.
  4. 3 Se debe hacer énfasis en mantener a estos recién nacidos a una temperatura adecuada con contacto piel a piel con sus madres (36°C).
  4. 4 Los procedimientos al recién nacido, tales como: gotas para los ojos, cuidado del cordón umbilical, toma de medidas antropométricas, administración de vitamina K y el estimado de enfermería se realizarán luego de la primera 1 1/2 hora en la unidad neonatal.
  4. 5 El pediatra realizará el examen físico de admisión al recién nacido en las primeras 12 horas. La coordinadora o educadora de lactancia ofrecerá educación sobre lactancia y evaluará las técnicas apropiadas de amamantamiento.
- Paso 5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos (5, 19, 20).**
5. 1 Toda madre será evaluada dentro de las primeras seis horas después del parto por algún profesional de la salud para verificar la colocación y enlace correcto del bebé al pecho.
  5. 2 Todas las madres deberán ser instruidas sobre cómo mantener su producción de leche mediante la extracción de la misma en caso de tener que separarse de sus bebés.
  5. 3 Las madres que tienen que mantenerse separadas de sus bebés, las madres que tienen necesidades especiales o los bebés con necesidades especiales recibirán ayuda individualizada sobre cómo mantener la producción de leche y como manejar la leche que se extraen.
- Paso 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 (5, 4, 21).**
6. 1 No se ofrecerá leche artificial, glucosa, agua o ningún otro líquido al recién nacido salvo exista alguna indicación médica absoluta.
  6. 2 Posibles razones médicas aceptables para la alimentación suplementaria son:
    - a. Infantes de muy bajo peso al nacer (<1000 gms)
    - b. Inmadurez severa con hipoglicemia severa (<32 semanas).
    - c. Infantes en asistencia ventilatoria artificial mecánica.
    - d. Infantes de madres con enfermedad mental severa.
    - e. Infantes de madres en estado crítico post parto (toxemia, shock, cetoacidosis diabética, convulsiones, etc.)
    - f. Infantes con deficiencias metabólicas.
    - g. Infantes nacidos de madres VIH+
    - h. Infantes de madres que estén tomando medicamentos contraindicados con la lactancia.
    - i. Infante con deshidratación severa aguda.

- j. Infantes de madres con verdaderos problemas de producción de leche debido a anomalías anatómicas o interrupción de la lactancia en donde no hay leche humana disponible.

**Paso 7. Facilitar la cohabitación de las madres y sus niños durante las 24 horas del día (5, 9, 22).**

- 7.1 La pareja lactante (madre e hijo) debe permanecer en alojamiento en conjunto las 24 horas del día.
- 7.2 Se debe educar a la madre sobre la importancia de restringir las visitas de familiares y amigos en el cuarto para facilitar el descanso de ella y que no se afecten las sesiones de amamantamiento.

**Paso 8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite (5, 9, 23, 24).**

- 8.1 Se debe fomentar en la madre el que amamante a solicitud y sin restricciones de horario. Es recomendable que las primeras semanas el bebé amamante por lo menos 8 veces al día para asegurar una ingesta adecuada.
- 8.2 La madre debe asegurarse de que la duración de cada alimentación sea por lo menos de 15 a 20 minutos en el primer pecho. Ésto es necesario para que el infante tome suficiente leche de atrás que es rica en grasa y permitirá una ganancia de peso adecuada.
- 8.3 Se debe dejar que el bebé lacte todo el tiempo que quiera en el primer pecho. Cuando haya terminado él lo soltará. La madre puede ofrecerle el otro pecho al bebé y dejar que lacte hasta que suelte este otro pecho o se quede dormido. La madre se debe asegurar de empezar por este pecho la siguiente vez que le toque amamantar.
- 8.4 El bebé puede tomar de un solo pecho a la vez.
- 8.5 Se puede determinar si el bebé se está alimentado adecuadamente a través del monitoreo de las evacuaciones, las orinas, la evaluación de la succión del bebé al pecho.
- 8.6 La enfermera debe realizar y documentar diariamente la evaluación del agarre del bebé al pecho materno.

**Paso 9. No dar a los niños alimentados a pecho chupetes o maderas artificiales (5, 25, 26, 27).**

- 9.1 No se ofrecerán maderas ni chupetes a bebés lactados.
- 9.2 El uso rutinario de pezoneras debe desalentarse. De ser necesario el uso de éstas, la madre debe ser orientada sobre los posibles riesgos de su uso y ofrecer un consentimiento escrito.

**Paso 10. 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 (5, 8, 9, 15, 28, 29).**

- 10.1 Al momento del alta las madres que lactan deben recibir información educativa escrita sobre lactancia, así como también los nombres y teléfonos de contactos en la comunidad que le puedan ofrecer ayuda sobre alguna duda o pregunta relacionada con la lactancia materna y el amamantamiento.

---

## Abstract

The policy for Breastfeeding Promotion in Puerto Rico includes as one of its goals, that all hospital in the island become Baby Friendly Hospitals. The authors present a hospital policy model which can be adopted and recommendations for the implementation of this policy are given.

## Referencias

1. OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra 1989.
2. Secretaría Auxiliar para la Medicina Preventiva y Salud Familiar. Política pública para la promoción de la lactancia materna en Puerto Rico. Departamento de Salud de Puerto Rico, 1995.
3. Parrilla A. Hospital Amigo del Niño para el Hospital Universitario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico (Tesis), Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, 1994.
4. Baby-Friendly USA. The U.S. Baby-Friendly Hospital Initiative. Guidelines and evaluation criteria for hospital/birthing center level implementation. Sandwich, MA: 1996.
5. Gartner LM, Black LS, Eaton AP et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100: 1035-1039.
6. Organización Mundial de la Salud. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra 1981.
7. Howard C, Howard F, Lawrence R, Andresen E, DeBlicke E, Weitzman, M. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. Obstet Gynecol 2000;95:296-303.
8. Dungy CI, Christensen-Szalanski J, Losch M, Russell D. Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. Pediatrics 1992;90:233-7.
9. Pérez-Escamilla R, Pollit E, Lönnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. Am J Public Health 1994;84:89-95.
10. Meaux L, Dávila RR, Avilés J, Parrilla AM. Ginecólogos-obstetras y pediatras: conocimientos y experiencia hacia la lactancia materna. P R Health Sci J 1999;18:251-56.
11. Meaux L, Dávila RR, Parrilla AM, Avilés J. Obstetras y pediatras: experiencia con la lactancia materna en sus programas de residencia. P R Health Sci J 1999;18:353-57.
12. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, Lohr JA, Cefalo R, Curtis P. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. JAMA 1995;273:472-76.
13. Valdés V, Pugin E, Labbok M et al. The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. J Hum Lact 1995; 11:185-90.
14. Parrilla AM. Análisis sobre las funciones de los Proveedores de Cuidado en Lactancia Humana y Amamantamiento. P R Health Sci J 1999;18:359-61.
15. Botello MT, Marín H, Vera M, Parrilla AM. Factores asociados al inicio, tipo y duración de la lactancia materna entre participantes a charla prenatal de educación en lactancia materna de una institución hospitalaria. P R Health Sci J 1999;18:241-49.
16. Pugin E, Valdés V, Labbok M, Pérez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? J Hum Lact 1996;12:15-19.
17. Lomelí LE, Medina L, Rodríguez MG. Influencia de la educación prenatal en la decisión de lactar al seno materno. Rev Med IMSS(Mexico) 1996;34:473-76.
18. Richard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990;336:1105-7.

19. Arnold LD, ed. Recommendations for collection, storage, and handling of a mother's own milk in the hospital setting. West Hartford, Conn: Human Milk Bank Association of North America; 1999.
  20. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 5th ed. St. Louis: CV Mosby Co;1999.
  21. Academy of Breastfeeding Medicine. Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term breastfed neonates. Clinical Protocol Number 1; 1999.
  22. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatr Scand* 1990; 79; 1017-22.
  23. Tobin D. A Breastfeeding evaluation and education tool. *J Hum Lact* 1996; 12:47-9.
  24. Walker M. Breastfeeding the sleepy baby. *J Hum Lact* 1997;13: 151-53.
  25. Newman, J. Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact* 1990; 6: 59-63.
  26. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995; 126:S125-S129.
  27. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, Howard FM, Lanphear BP, Lawrence RA. Physiologic stability of newborns during cup and bottle feeding. *Pediatrics* 1999;104:1204-1207.
  28. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *J Hum Lact* 1994;10:11-15.
  29. Shaw E, Kaczorowski J. The effect of a peer counseling program on breastfeeding initiation and longevity in a low-income rural population. *J Hum Lact* 1999;15:19-25.
  30. Hannon PR, Ehlert-Abler P, Aberman S, Williams R, Carlos M. A multidisciplinary approach to promoting a baby friendly environment at an urban University Medical Center. *J Hum Lact* 1999;15:289-96.
- 
-