

Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau

Morelia Ossandón M.¹, Juan Ilabaca M.², Cecilia Gajardo O.³,
Nelly Castillo B.⁴, Lucrecia Namur R.⁵

Resumen

La lactancia materna juega un rol fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño durante los primeros meses de vida, efecto que en la relación del binomio madre-hijo puede ser de largo alcance. En Chile a fines de la década del 70 la lactancia exclusiva no superaba el 5%, lo cual significó un impulso para adherir al Programa de Fomento Mundial de la Lactancia Materna de UNICEF, denominado "Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre" (IHANM) a partir del año 1992. Objetivo: Implementar y evaluar el Programa de UNICEF "IHANM" en un hospital de la zona sur de la Región Metropolitana. Material y Método: Con este fin se implementaron los siguientes mecanismos de intervención: a) diagnóstico de las prácticas de lactancia en los tres niveles de atención, b) capacitación del personal (20 h teórico-prácticas), por equipo previamente adiestrado, c) cambios administrativos y técnicos en atención del parto y RN, que contempla redistribución de recursos humanos, atención de parto con contacto precoz madre hijo y la incorporación del progenitor a la sala de partos. Se define como indicadores de seguimiento el registro del número de atenciones con contacto precoz (Apego), número de fórmulas lácteas distribuidas en la maternidad, hospitalizaciones de RN por ictericia, cálculo de gastos en atención neonatal por preparación de fórmulas lácteas y hospitalización por fototerapia y prevalencia de lactancia exclusiva en los menores de seis meses en los consultorios de atención primaria de SSMS. Resultados: La variable independiente Apego se correlacionó significativamente con la disminución del uso de fórmulas lácteas ($r = -0,94$), disminución de hospitalizaciones por fototerapia ($r = -0,91$). Se observa un aumento significativo de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida, de 47% en el año 1994 a 65% en el año 1997 ($p < 0,011$). Estos resultados permiten concluir que este programa de fomento de lactancia, que facilita el encuentro madre-hijo precoz, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención del RN y facilita una mejor prevalencia de lactancia exclusiva al sexto mes de vida.

(Palabras clave: lactancia materna, "IHANM", UNICEF.)

Promotion of maternal breastfeeding, the Hospital Friend of the Mother and Child Programme in the Barros Luco-Trudeau Hospital

Maternal breastfeeding plays a fundamental role in growth and development of children during the first month of life and a far fetching effect on the mother-child bonding. In Chile at the end of the 70s exclusive breastfeeding had a prevalence of no greater than 5%, which provided the impulse to join the UNICEF programme of breast feeding promotion called the Hospital Friend of the mother

1. Comité de Lactancia Servicio de Salud Metropolitano Sur. Servicio de Neonatología, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile.
2. Nutricionista. Comité de Lactancia Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile.
3. Matrona. Comité de Lactancia Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile.
4. Matrona. Comité de Lactancia Servicio de Salud Metropolitano Sur. Servicio de Neonatología, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile.
5. Matrona. Comité de Lactancia Servicio de Salud Metropolitano Sur. Servicio de Maternidad, Servicio de Salud Metropolitano Sur, Santiago de Chile.

and child initiative at the start of 1992. Objective: To implement and evaluate the UNICEF programme in a southern part of the Metropolitan Region. Materials and Methods: The following mechanisms of intervention were implemented: a) to document the practice of breastfeeding in the 3 levels of health care attention. b) capacitation of personnel (20 hours of practical theory) by a previously trained team. c) changes in administration and techniques during the birth and care of the recent newborn, contemplating the redistribution of human resources, attention at birth with early mother child contact and in incorporation of the father in the birthing room. Markers at follow-up were defined as: a) the number of attentions with early mother child contact (Apego) b) number of milk formulas distributed during maternity c) hospitalisations of the newborn with jaundice d) calculation of the cost of preparation of milk formulations e) hospitalisations for phototherapy f) prevalence of exclusive breastfeeding in the first 6 months documented in outpatients of a primary care clinic in a Public Health Service. Results: The independent variable Apego significantly correlated with the decrease in the use of milk formulas ($r = -0.94$), decrease in hospitalisations for phototherapy ($r = -0.91$). There was a significant increase in exclusive breastfeeding in the first 6 months of life, 47% in 1994 and 65% in 1997 ($p < 0.01$). Conclusions: The results show that this programme facilitated early mother child bonding, decreasing the need for hospitalisations for phototherapy, decreasing costs and helping to increase the prevalence of exclusive breastfeeding in the first 6 months of life.

(Key words: *breastfeeding, IHANM, UNICEF.*)

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) se encuentra ubicado en el centro sur de la Región Metropolitana en Santiago de Chile y cuenta con una población total de 1 100 000 habitantes, de los cuales 631 000 se encuentran inscritos en los establecimientos de atención primaria. El nivel hospitalario cuenta con un hospital base (tipo A) Hospital Barros Luco Trudeau, seis hospitales asignados (tipo B), y cuatro Maternidades distribuidas entre el hospital base y hospitales asignados.

El nivel o red de atención primaria cuenta con 29 consultorios y 14 postas rurales distribuidas en once comunas (8 urbanas y 3 rurales).

En el año 1997 se produjo un total de 19 960 nacidos vivos, la tasa de natalidad alcanzó a 19,8 por 1 000 habitantes, la tasa de fecundidad 2,27 por 1 000 mujeres, tasa de mortalidad infantil fue 10,2 por/1 000 nacidos vivos y el bajo peso de nacimiento llegó a 5,3%.

La lactancia materna otorga diversos y únicos beneficios al binomio madre-hijo, a la familia y a la sociedad, estos beneficios son de salud, nutricionales, inmunológicos, del desarrollo infantil, psicológicos, sociales, económicos y ambientales, a pesar de lo cual aún existe una baja proporción de madres, en países en desarrollo y desarrollados, que practican la lactancia óptima. Se define como lactancia óptima la lactancia exclusiva hasta el sexto mes de vida, acon-

sejándose complementarla con sólidos, hasta al menos los primeros doce meses de vida¹⁻⁶.

La incorporación de la mujer al trabajo, la oferta masiva de fórmulas lácteas, la escasa capacitación del profesional de la salud para entender y solucionar los problemas clínicos de lactancia y más aún, para fomentar una adecuada práctica de ella, han influido en la caída de los indicadores de lactancia. Existe una desvalorización de la lactancia misma, producto del desconocimiento de la importancia que tiene el traspaso de nutrientes, enzimas, inmunoglobulinas, glóbulos blancos, hormonas, factores de crecimiento, etc. de la madre al hijo, durante los primeros meses de vida extrauterina, hasta que el lactante complete el desarrollo de autonomías vitales, inmunológicas, enzimáticas, antiinflamatorias, digestivas etc., o sea hasta que la gestación complete su etapa extrauterina⁷.

En Chile a fines de la década del 70 la lactancia exclusiva al sexto mes de vida no superaba el 5%, lo que originó campañas específicas para revertir este problema, sin embargo, en el año 1986 había una prevalencia al sexto mes de solo 2,1%. En las "Metas y líneas de acción en favor de la infancia" (1992), nuestro país planteó lograr a fines del decenio 80% de lactancia exclusiva a los 4 meses y 35% de lactancia complementada al año de vida por lo que el Ministerio de Salud de Chile se adhirió a la

campana mundial de fomento de lactancia materna denominada "Iniciativa Hospital Amigo del niño y de la madre" (IHANM) de UNICEF⁸⁻¹⁵.

Esta iniciativa se resume en el instrumento: "Diez pasos para la lactancia exitosa" (figura 1) que estimula la lactancia desde el control prenatal: pasos 1 y 3, la atención hospitalaria: pasos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y el control postnatal del binomio madre-hijo: paso 10. Se establece la práctica de contacto precoz en el parto (paso 4), la habitación conjunta en puerperio (paso 7), la lactancia a libre demanda (paso 8) y estimula el fomento y protección de lactancia materna en los consultorios de atención primaria donde continúa la atención del binomio madre-hijo.

Se ha observado que la hiperbilirrubinemia es la primera causa de egreso de las unidades neonatales en el país, considerando que el 15 al 20% de los RN vivos hacen algún tipo de ictericia que requiere tratamiento intrahospitalario. Hasta 1992 nuestro servicio mostró cifras de 14 a 19% de hospitalizaciones de RN que requieren tratamiento en fototerapia. En 1993 vimos un cambio

en estas cifras a raíz de la implementación de IHANM.

En 1992, el SSMS, crea el Comité de Lactancia Materna, formado por profesionales de nivel directivo: nutricionista y matrona, nivel hospitalario (Hospital Barros Luco, Maternidad-Neonatología): médicos (obstetra y neonatóloga), nutricionista, matronas (obstetricia y neonatología) y nivel de atención primaria: matrona, nutricionista, enfermera. Todos los profesionales fueron previamente capacitados por la Comisión Nacional de Lactancia.

Objetivo general:

Desarrollar intervención orientada a la aplicación de los diez pasos para la lactancia exitosa.

Objetivos específicos:

Evaluar la intervención mediante la evolución de los indicadores de seguimiento definidos por el comité de lactancia. Relacionar entre sí sus resultados.

DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA

1. Disponer de una política escrita relativa a la lactancia que en forma sistemática se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal del hospital de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia y la forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de la media hora siguiente al parto.
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.
6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Facilitar la habitación conjunta de madre y niño las 24 horas.
8. Fomentar la lactancia a libre demanda.
9. No dar chupetes a los niños amamantados.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital.

Figura 1: En reunión conjunta de OMS y UNICEF en el año 1989 expertos definieron políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una forma de *mejorar la calidad de vida de los niños del mundo*¹³.

METODOLOGÍA

Población: el universo estudiado corresponde al personal involucrado en la ejecución del cumplimiento de los "diez pasos" y a los recién nacidos vivos por parto espontáneo en la maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau, durante el período 1987 a 1997. Se estableció esta nueva modalidad de atención (IHANM) a partir del año 1993, no obstante el estudio recopila información desde el año 1987, para estudiar desde nuestra perspectiva histórica el resultado de la intervención.

Método: el comité de lactancia definió un plan de trabajo que contempla:

- Diagnóstico de las prácticas de lactancia en los tres niveles de atención de salud (hospital base A, hospitales tipo B y red de atención primaria), sobre la base de un cuestionario estandarizado.
- Capacitación sistemática del personal, considerando los antecedentes recogidos por la encuesta se elaboró un programa de capacitación continua de todo el equipo de salud, que contempla un total de 20 horas teórico-prácticas, en cada grupo capacitado. Se les exigió, como requisito de certificación, la realización de un taller de réplica en sus lugares de trabajo, lo que provocó un efecto de cascada multiplicador.
- Cambios administrativos y técnicos en las normas de atención del parto y recién nacido, facilitadores del contacto precoz y lactancia temprana. En parto espontáneo de binomios madre-hijo sanos se establece la modalidad de atención con contacto precoz, entregando al recién nacido sano, con peso estimado igual o mayor de 2 500 g a su madre sana, previamente secado y con el cordón pinzado. Se le coloca sobre el tórax materno en contacto piel con piel, para su mutuo conocimiento y espontánea afectividad, el dorso del niño se cubre con un paño seco. Para integrar al progenitor en el apego se admite su presencia en el parto, debidamente preparado con información y apoyo. Este proceso es el Apego o contacto precoz en el parto. En el caso de partos distócicos, no se ha establecido este contacto precoz en la sala de partos, sino que en el puerperio inmediato, siempre que las condiciones de salud de la madre y del recién nacido lo permitan^{15, 16}.
- Se redistribuyó y entrenó al personal paramédico, para que, en vez de alimentar con fórmulas lácteas a los recién nacidos en atención inmediata, los lleve a amamantar antes de la primera hora de vida mientras su madre se encuentra en el período de observación postparto de dos horas de duración aproximadamente (puerperio inmediato). Se establece rutina de visita neonatológica a la unidad de atención inmediata, al menos cada dos horas, para asegurar la ausencia de riesgo en el traslado de los niños junto con sus madres.
- Se implementaron indicadores de seguimiento que permitieran evaluar los resultados inmediatos y a mediano plazo. Estos son: a) número de partos espontáneos en que se hace contacto precoz, el registro de esta actividad se anota en el formulario de atención inmediata, donde se consigna: ausencia, presencia y duración de apego. b) número de fórmulas lácteas usadas en atención inmediata y puerperio. c) costos por fórmulas, que es aproximado, por considerarse solo el contenido del envase, el valor de la fórmula a junio de 1997 es de \$ 190 = US\$ 0.45. d) número de ingresos hospitalarios por fototerapia, una vez incorporado este como indicador de seguimiento. e) costos por hospitalización en fototerapia, por un día cama, con el valor asignado por Fondo Nacional de Salud, que a la misma fecha es de \$ 20.200 = US\$ 48.32. f) la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños \leq de seis meses bajo control en consultorios de atención primaria, que se recoge con frecuencia trimestral desde el año 1994, en que, con la capacitación del personal responsable, se unificó el criterio de lactancia exclusiva.

Estadísticos usados en el análisis: a) correlación de Pearson: que indica el grado de concordancia de los valores observados entre la variable independiente (Apego) y los indicadores de seguimiento (variables dependientes). En la medida que el coeficiente de correlación (r) entre Apego e indicadores sea más cercano a uno, mayor es el grado de concordancia entre sus valores. b) prueba t Student: permite comparar los promedios de las variables continuas, entre los

dos grupos de años observados en este estudio: serie de nacimientos ocurridos entre los años 1987-1992 (sin Apego) y serie de nacimientos ocurridos entre los años 1993-1997 (con Apego). Este test permite asumir que las diferencias entre los promedios son estadísticamente significativos, cuando $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

El diagnóstico de las prácticas de lactancia demostró, en los tres niveles de atención, un escaso conocimiento del personal en lactancia y en su manejo clínico. Evidenció la existencia de normas de atención del parto y RN que interferían con el encuentro madre hijo, separando a los niños de sus madres, por períodos de 4 h o hasta 24 h dificultando el vínculo madre-hijo y la lactancia, ya que en esas horas de observación el recién nacido, necesariamente, recibía alimentación con fórmulas lácteas. Se observó prohibición de visitas familiares durante el período de hospitalización de las madres, disparidad de criterios para medir en forma adecuada prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses, en los centros de salud de atención primaria.

La modalidad de exigir taller de réplica para certificación provocó efecto multiplicador, desde diciembre 1992 a diciembre de 1995 se capacitaron 1 600 personas. Posteriormente se realizó un Taller anual de lactancia para personal recién ingresado al servicio y personal que requiera reforzamiento. Una vez establecida la atención del parto con Apego, se aprecia aumento sostenido del porcentaje de partos espontáneos favorecidos con esta atención (tabla 1).

Poco después de establecer la práctica de Apego y lactancia precoz, observamos súbita caída de ingresos hospitalarios por ictericia neonatal, mantenida en el tiempo, por lo cual establecemos número de ingresos a hospitalización por fototerapia, como otro indicador de seguimiento²³ (tabla 1).

Se pudo observar que la variable independiente de estudio, Apego, se correlaciona muy significativamente: con disminución del uso de fórmulas lácteas en la atención inmediata $r = -0,94$ y en puerperio $r = -0,87$, con disminución de hospitalización por fototerapia $r = -0,91$, además se observó que estas correlaciones se mantie-

nen con igual significación para la reducción de costos (tabla 1).

La comparación de los promedios de los indicadores, entre los períodos 87-92 (sin Apego) y 93-97 (con Apego), muestra diferencias significativas de las variables dependientes: disminución de fórmulas lácteas y costo correspondiente (tabla 1), y disminución de número de ingresos por fototerapia y su costo respectivo (tabla 1).

La prevalencia de lactancia exclusiva en menores de seis meses en población bajo control de la atención primaria del SSMS año 94-97 (mes de junio) mejoró en forma significativa en el control del sexto mes. En el control del primer mes y tercer mes los porcentajes de lactancia exclusiva son óptimos, sobre 90% y sobre 80% respectivamente (tabla 2)¹⁷. El estado nutricional en niños menores de seis meses en igual período muestra reducción de desnutrición $p = < 0,05$ y aumento del sobrepeso $p = < 0,00001$ (tabla 3)¹⁸.

Se observó 38% de reducción de costos en atención neonatal, costo subestimado porque el cálculo se hizo solo por un día cama-niño y solo por el contenido de las mamaderas (tabla 1).

DISCUSIÓN

Conocemos las innumerables ventajas de la lactancia materna; no obstante, según antecedentes locales y generales, su prevalencia ha disminuido, por lo que un conjunto de acciones que revierta este fenómeno nos parece muy valioso.

A nuestro juicio, la importancia de este trabajo está dada por mostrar que cambios de actitud en autoridades y personal de salud producen mejoras sustanciales en la calidad de atención, inmediatas y a largo plazo, expresadas en los indicadores de seguimiento.

Los niños maman exitosamente a libre demanda junto a su madre, solo se indica suplementos nutricionales cuando está médicamente indicado, no se usan en reemplazo de la lactancia materna (paso 6), los cambios observados con alta significación estadística como variables dependiente del Apego, se explican porque este es facilitador de la lactancia exitosa. En el contexto de nuestro estudio llamamos "lactancia exitosa" al amamantamiento precoz antes de la

Tabla 1

Indicadores de impacto del Programa Hospital Amigo

Año	RN vivo	Apego		Fototerapia				Form. láctea inmediata			Fórm. láctea puerperio		
		Parto espontáneo		Costo (1 d/cama)				Costo			Costo		
		n	%	n	%	\$ millón	US\$ miles	PM	\$	US\$	PM	\$	US\$
1987	9695	0	0,0	1378	14,2	27,8	66,91	1290	251550	604,7	451,0	87945	211,4
1988	9795	0	0,0	1407	14,4	28,4	68,32	1630	317850	764,1	460,0	89700	215,6
1989	10682	0	0,0	2014	18,9	40,7	97,80	1552	302640	727,5	494,2	96363	231,6
1990	10620	0	0,0	1701	16,0	34,4	82,60	1305	254475	611,7	438,1	85426	205,4
1991	9543	0	0,0	1567	16,4	31,7	76,09	1263	246285	592,0	325,5	63473	152,6
1992	9656	0	0,0	1365	14,1	27,6	66,28	1222	238290	572,8	218,0	42510	102,2
1993	9969	2635	26,4	548	5,5	11,1	26,61	209	40755	98,0	72,3	14105	33,9
1994	8580	3775	66,8	544	6,3	11,0	26,42	3	488	1,2	54,2	10563	25,4
1995	7637	3577	71,3	407	5,3	8,2	19,76	2	406	1,0	55,9	10904	26,2
1996	7310	2740	59,3	572	7,8	11,6	27,78	4	796	1,9	73,8	14381	34,6
1997	6703	1615	72,0	156	7,0	3,2	7,58	4	702	1,7	31,0	6045	14,5
Correl. Pearson				-0,91	-0,88	-0,91	-0,91	-0,94	-0,94	-0,94	-0,87	-0,87	-0,87
Prom. sin/Apego		0,0	1572,0	15,7	31,8	76,3	1377,0	268515	645,5	397,8	77569	186,5	
Prom. con/Apego		59,2	445,4	6,4	9,0	21,6	44,3	8629	20,7	57,4	11199	26,9	
t de Student		0,001	0,00001	0,0000	0,0000	0,00001	0,00001	0,0000	0,00001	0,0002	0,0002	0,0002	

Tabla 2

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses bajo control en atención primaria. Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. 1994-1997

Año	Prevalencia lactancia exclusiva		
	1er mes	3er mes	6º mes
1994	93%	82%	47%
1995	98%	87%	49%
1996	88%	78%	57%
1997	96%	86%	65%
p	ns	ns	< 0,011

primera hora de vida, a libre demanda, frecuente, que mantiene al RN en buenas condiciones de salud, protegido de morbilidad derivada de hipoalimentación o por recirculación de bilirrubina, supervisado por neonatólogos en su estadía intrahospitalaria y ya fuera del hospital, lo mantiene bien nutrido, con lactancia exclusiva hasta el sexto mes, supervisado por la atención primaria; pasos 1 al 10 IHANM¹⁹.

Respecto al resultado expuesto en el punto 5 y a la afirmación de protección de recirculación de bilirrubina, actualmente el tema está bastante aclarado y entendido: Numerosos trabajos de investigación demuestran que mamadas frecuentes, 8 a 12 en 24 h, se relacionan con menor nivel de bilirrubinemia y menor pérdida de peso del neonato^{19, 21-24}.

El amamantamiento exitoso con alta frecuencia de mamadas facilita la eliminación de meconio, 1 g de meconio contiene 1 mg de bilirrubina, fetos normales pueden tener hasta 200 g de meconio en su intestino. Es conocido el alto contenido de betaglucoronidasa en el tubo digestivo del RN, esta enzima desconjuga a los mono y diglucoronato de bilirrubina (bilirrubina conjugada-directa), transformándola en bilirrubina libre-indirecta, no conjugada, la cual vuelve al plasma para ser nuevamente conjugada (circulación enterohepática de bilirrubina), sumándose a la bilirrubina proveniente de la destrucción de la hemoglobina y otros grupos hem, además la falta de bacterias dificulta el paso de bilirrubina fecal a estercobilinógeno²⁰. El efecto catárquico del calostro

Tabla 3

Estado nutricional de lactantes de 0 a 5 meses bajo control SSMS (1994-1997)

Año	PBC*	Estado nutricional			
		Normal %	Riesgo desnutrición + desnutrición	Sobrepeso	Obeso
1994	7183	72,2%	1%	21%	5,7%
1995	6644	65,3%	0,7%	26,9%	7%
1996	6120	68%	0,7%	25,4%	5,9%
1997	6194	62%	0,7%	26,6%	7%
		p = < 0,006	p = < 0,05	p = < 0,0001	p = < 0,02

*población bajo control

(evacuación del meconio) es un antiguo conocimiento de la pediatría, solo que no se evidencia dificultando el amamantamiento antes de la primera hora de vida, manteniendo separados al binomio madre-hijo, e impidiendo la alimentación a libre demanda (pasos 4, 7, 8)^{2, 19, 21-24}.

Se han establecido diferencias entre ictericia por "amamantamiento" (*breast-feeding jaundice*) que es acentuación de la ictericia fisiológica en los primeros días de vida (por circuito enterohepático e hipoalimentación al pecho) respecto a la llamada ictericia por leche materna (*breast-milk jaundice*) que es una ictericia prolongada y en ascenso en las primeras semanas de vida de un niño sano en otros aspecto, de causa no precisada, actualmente se piensa relacionado con la presencia en leche materna de un factor que mantiene alto el circuito entero hepático de bilirrubina durante las primeras semanas de vida, tema profundizado en las referencias 19, 24 y 25.

Nos parece apropiado afirmar que estadía intrahospitalaria razonable, de 48 h o más, da tiempo para apoyar el comienzo de la lactancia en madres sin conocimiento ni apoyo familiar adecuado, puesto que la lactancia como se ha repetido, era una práctica en extinción antes del éxito logrado con IHANM. Durante el período del presente trabajo la estadía hospitalaria postparto fue de más de 48 h. Hemos visto cómo en otros países donde se usa el alta hospitalaria a las 36 h o menos se producen catástrofes como

aumento de la encefalopatía por bilirrubina en niños cercanos al término, deshidratación hipernatrémica, hipoalimentación al pecho, por mal manejo de la lactancia, ya sea por falta de conocimiento materno como por falta de apoyo técnico adecuado¹⁹; hay que recordar que la "bajada de la leche" se produce al tercer o cuarto día después del parto, siempre que un niño sano pueda estimular adecuados niveles de prolactina y ocitocina (control endocrino), mediante mamadas efectivas, vigorosas y frecuentes (control autocrino), no es un esfuerzo menor ni del niño ni de la madre establecer la lactancia exitosa. Es importante reconocer las diadas en riesgo (primíparas, prematuridad límite, técnica defectuosa, niños "flojos", alteraciones anatómicas como paladar hendido, pezón umbilicado, etc.)^{19, 25}.

Debemos señalar que la norma médica para ingreso a fototerapia se mantuvo sin cambios, estable, durante el período 1992 a 1993 en que se observa la caída de ingresos, desde 14,1% a 5,1% de RN vivos respectivamente (tabla 1).

Respecto a la prevalencia de lactancia exclusiva, que al primer y tercer mes de vida es prácticamente la misma en los 4 años estudiados, al sexto mes de vida demuestra incremento estadísticamente significativo, lo cual refleja, según nuestro parecer, el buen trabajo de apoyo, fomento y protección de lactancia desarrollado en nivel de atención primaria, que se complementa con la acción intrahospitalaria.

Queda por evaluar el impacto que pueda producirse sobre la morbilidad atendida en nivel primario, por haber logrado los rangos descritos de prevalencia de lactancia natural²⁶.

Considerando que la campaña Hospitales Amigos de la Madre y el Niño es una iniciativa mundial revisamos la experiencia publicada hasta 1999, encontrando coincidencias generalizadas como que esta iniciativa requiere de la acción conjunta de autoridades y servicios de salud, que se reconoce la importancia de las prácticas hospitalarias en favorecer la alimentación al pecho, se insiste en técnica de manejo del parto con Apego, amamantamiento precoz (antes de la primera hora de vida del RN), la implementación del Código de comercialización de fórmulas lácteas, y el apoyo y estímulo del personal a esta iniciativa^{2, 15, 23, 25, 27}.

La literatura publicada reconoce la racionalidad y eficacia de las recomendaciones OMS-UNICEF "Diez pasos para la lactancia exitosa" lo que coincide con nuestro estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados descritos permiten asegurar que las acciones en salud materno infantil, en lo que respecta al tema del presente estudio, de atención hospitalaria tanto como de atención primaria, están siendo más eficientes a la vez que aumentando su eficacia, de mantenerse o perfeccionarse estos cambios.

La capacitación permite cambios favorables, lo que implica el desafío de mantenerlos. Nos parece indispensable que la enseñanza de Lactancia Materna en pre y postgrado, sea un objetivo en la malla curricular de las diferentes profesiones de la salud. Es igualmente importante mantener Normas de Lactancia natural actualizadas y vigentes en los servicios de maternidad, neonatología y atención primaria.

El programa IHANM, facilita el encuentro madre hijo precoz, favorece el comienzo de la lactancia materna, previene la hospitalización por fototerapia, disminuye los costos de atención neonatológica y facilita una mejor prevalencia de lactancia materna exclusiva al sexto mes de vida.

AGRADECIMIENTOS

Los autores dejan constancia de su especial agradecimiento al Dr. Jorge Alvear A., por su guía e inestimable apoyo, y a la Sra Mirta Díaz V., por su aporte en el indispensable análisis estadístico.

REFERENCIAS

1. Rama de Nutrición Sociedad Chilena de Pediatría: Alimentación del niño menor de dos años. Rev Chil Pediatr 1997; 68: 148-51.
2. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Pediatrics 1997; 100: 1035-9.
3. Comisión Nacional de Lactancia Materna. Ministerio de Salud de Chile. La Leche, fluido vivo y cambiante. En: Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud, Santiago. Editorial Printer, 1995: 40-59.
4. WHO Working Group on Infant Growth. An Evaluation infant growth: The use and interpretation of antropometry in infants. Bulletin of the World Health Organization 1995; 73: 165-74.
5. Juez G: Lactancia Materna, ventajas generales y nutricionales para el niño menor de un año. Rev Chil Pediatr 1989; 60 (Supl.2): 3-8.
6. Armstrong H: Breastfeeding as foundation of care. Food and Nutrition Bulletin United Nations University Pres. 1995; 4: 299-312.
7. Castro-Santoro R: Coordinador Comisión de Lactancia Materna Ministerio de Salud. Presentación. Informe de actividades, Chile. 1992-1995. Lactancia materna Un Buen Comienzo. MINSAL Comisión Nacional De Lactancia Materna. UNICEF.
8. Mardones F: Marco histórico para el análisis de las causas del descenso de la lactancia materna. Rev Chil Pediatr 1982; 56: 607-14.
9. Mardones F: Una estrategia educativa para el fomento de la Lactancia materna. Cuadernos Médico Sociales 1980; 4: 97-104.
10. López I, Morales A: Duración de la lactancia natural después de 5 años de aplicar un programa de fomento de lactancia materna. Pediatría (Santiago) 1990; 33: 8-14.
11. República de Chile. Metas y líneas de acción en favor de la infancia. Compromisos con los niños de Chile para la década. Santiago, Chile. 1992: 12-6.
12. Castillo C, Atalah E, Castro R: Alimentación del menor de 18 meses y su relación con el estado nutricional. Rev Chil Pediatr 1996; 1: 22-8.
13. Declaración conjunta OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. Función especial de los Servicios de maternidad. OMS Ginebra 1989.
14. Uauy R, García F: Bases para un plan de acción en el área de nutrición materno infantil 1990-2000. Rev Chil Nutrición 1992; 2: 87-93.
15. Saadeh R, Akre J: Ten step to succesful breastfeeding: a summary of the Rationale and Scientific Evidence. Birth, September 1996; 2: 154-60.

16. *Sosa R, Kennell JH, Klaus MH, Urrutia JJ*: The effect of early mother-infant contact on breastfeeding, infection and growth. In: Breast-feeding and the Mother. Ciba Foundation symposium 45, Amsterdam: Elsevier 1976: 179-93.
17. *Comité de Lactancia Materna SSMS*: Informe técnico de prevalencia de lactancia materna en el nivel primario de atención 1997.
18. *Ferrada C*: Estado nutricional de los niños menores de 1 año del SSMS entre los años 1994-1997, Formulario RMC-01. Departamento Técnico Programático de Salud.
19. *Neifert M*: The optimization of breast-feeding in the perinatal period. Clinics in Perinatology 1998; 2: 303-35.
20. *Takimoto MT, Matsuda I*: Beta-glucuronidase activity in the stool of the newborn infant. Biol Neonate 1971; 18; 66-70.
21. *De Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB*: Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. Am J Dis Child 1982; 136: 747-8.
22. *Yamauchi Y, Yamanouchi H*: Breast feeding frequency during the first 24 hours in full term neonates. Pediatrics 1990; 2: 737.
23. *Cadwell K*: Bilirubin status as an outcome measure in monitoring adherence to baby-friendly breastfeeding policies in hospitals and birthing centers in the United States. J Hum Lact 1998; 3: 187-9.
24. *Lawrence M, Gartner, Kwang-sun Lee*: Jaundice in the breastfeed infant. Clinics in Perinatology 1999; 2: 431-43.
25. *Neifert M*: Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding Success. Clinics in Perinatology 1999; 2: 281-306.
26. *Moxley S, Sims-Jones N, Vargha A, Chamberlain M*: Breastfeeding: a course for health professionals. Can Nurse 1997; 93: 35-8.
27. *Young D*: The baby friendly hospital initiative in the U.S.: ¿Why So Slow? Birth 1993; 4: 179-81.

AVISO A LOS AUTORES

Los autores que deseen enviar sus trabajos en disquete deben hacerlo en disco flexible 3,5" de alta densidad, PC compatible, escrito en Word-Perfect o MS Word, además de 2 copias impresas. Recordamos que el uso de disco permite agilizar el proceso editorial al que es sometida cada publicación.