

Evaluación del Hospital Clínico UC como Hospital Amigo: 11 años de historia¹

Evaluation of Clinical Hospital of Catholic University as Mother and Child Breastfeeding Friendly Hospital: 11 years of history

María Isabel Saldías

Enfermera matrona, especialista en Enfermería del Recién Nacido de Alto Riesgo, Diploma en gestión y liderazgo de servicios de Enfermería, Enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Mariela Quezada

Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Jeannette Galleguillos

Enfermera matrona, Diplomada en Gestión y Liderazgo, Profesora asociada, Escuela de Enfermería y Enfermera Unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Camila Lucchini

Enfermera matrona, instructora asociada, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile.

Francisca Márquez

Enfermera matrona, instructora asociada, Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile.

Verónica Cabezas

Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Catherine Varas

Enfermera matrona, enfermera Unidad de Neonatología, Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

Anita Verdugo

Enfermera matrona, enfermera Servicio de Pediatría. Centro Médico San Joaquín. Universidad Católica de Chile.

Resumen

El presente estudio tiene el propósito de evaluar 11 años de trayectoria del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile (HCUC) desde que fuera acreditado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre y de algunos centros ambulatorios que se han ido sumando a esta iniciativa dentro de la Red de Salud UC. Para ello, enfermeras-matronas del hospital y de las áreas ambulatorias de la RED de Red de Salud UC reorganizaron el Comité de Lactancia Materna y evaluaron los 10 pasos que favorecen la lactancia materna y el apego precoz. La metodología empleada incluyó supervisiones en terreno, auditoría de registros, aplicación de encuestas al personal interno y entrevistas a madres hospitalizadas. De los hallazgos encontrados, se concluye que a través de estos años se ha logrado una práctica de apego en el 100% de los partos sin riesgo y un destacable esfuerzo y disposición del personal en favorecer precozmente el amamantamiento. Los puntos débiles que deben mejorarse se refieren a la ausencia de políticas, falta de capacitación, hidratación artificial a los recién nacidos en la nursery del hospital, inexistencia de buenos registros o incompletos, fallas en la referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalarias y ambulatorias. Las autoras proponen un programa a tres años para superar estas debilidades.

Palabras clave: Lactancia, lactancia materna, apego, Hospital Amigo.

¹ Equipo que participó en la investigación: Saldías, MI; Quezada, M.; Galleguillos, J.; Campos C.; Verdugo A.; Lucchini C.; Márquez F.; Cabezas V.; Gálvez M.T.; Miranda M.; Fierro S.; Aguirre C.; Varas K.; Galleguillos M.E.; Robles, C., y Corbeaux, A.

Abstract This study is an evaluation of 11 years of trajectory of the Clinic Hospital of Catholic University of Chile, and some ambulatory health centers, accredited by UNICEF as Mother and Child Breastfeeding Friendly Hospital. To achieve the objectives, nurse midwives reorganized the Breastfeeding Committee and develop an evaluation process through supervision of activities, audit reports, applied surveys to internal personnel and made interviews with hospitalized mothers. The 10 steps recommended for UNICEF that improves breastfeeding and maternal child bond, were evaluated. Based in findings, we conclude that through these 11 years, we obtained bonding practice in a 100% of the childbirths without risk and remarkable effort. Positive personnel disposition in stimulate breastfeeding precociously. Weakness of the program is related to the absence of written policies, qualification of personnel in the area, the use of artificial hidratation in the nursery at the hospital, incomplete reports and reference to other professionals, and absence of feedback between the ambulatory and hospitalization systems. The authors propose a program trough 3 years to surpass these weaknesses.

Key words: Lactancy, breastfeeding, bonding, breastfeeding friendly hospital.

Introducción

En 1992, UNICEF en conjunto con el Ministerio de Salud lanzó la iniciativa “Hospital Amigo del Niño y de la Madre” para apoyar la lactancia materna, aumentando el porcentaje de lactancia materna en el país. El Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica (HCUC) de Chile junto con las áreas docente-asistenciales que juntos constituyen la Red de Salud UC de la Facultad de Medicina han desarrollado en el Área Materno-Infantil una larga trayectoria en el fomento y promoción de la lactancia materna, estando siempre a la vanguardia en este tema por considerarlo de vital importancia para mejorar la condición de salud de la población. Es así como en 1992 el HCUC, junto con otros dos Centros de Salud del Área Pública, fueron acreditados, por primera vez en Chile, como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre por una iniciativa de la UNICEF, instancia que posteriormente se integraría a las políticas del Ministerio de Salud chileno (MINSAL). En esa oportunidad, el HCUC participó en la preparación de los dos Hospitales Públicos acreditados, compartiendo la experiencia y el campo clínico en la formación de los profesionales. Desde la acreditación a la fecha han transcurrido once años. Por ello hemos considerado necesario evaluar la adherencia actual al cumplimiento de los 10 pasos que nos certifican como “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”, considerando la incorporación de nuevas dependencias que conforman la Red de Salud UC.

Actualmente la Red de Salud UC está constituida por el Hospital Clínico, Clínica UC San Carlos, Clínica Universidad Católica, Centro del Cáncer Nuestra Señora de la Esperanza, cinco Centros Médicos ambulatorios, cinco Centros de Especialidades y doce Unidades de Laboratorios Clínicos. Además en el ámbito docente, los avances científicos y tecnológicos han llevado a las Escuelas de Medicina y Enfermería a estar permanentemente adaptando los currículum de los alumnos de pregrado, con el fin de que los profesionales sean capaces de satisfacer las necesidades reales de salud del país.

Para esta evaluación nos propusimos: 1. evaluar la adherencia a los diez pasos de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en el ámbito hospitalario; 2. evaluar los Centros Ambulatorios como grupos de apoyo en la iniciativa de los Hospitales Amigos, y 3. Evaluar las dificultades de un centro privado para mantener la adherencia a las políticas de los Hospitales Amigos.

Antecedentes teóricos

En el año 1989, en una reunión conjunta celebrada por OMS y UNICEF para tratar el tema de “Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Natural”, se consideraron las 16 Recomendaciones de

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Fortaleza del año 1985, cuando se definió que “el parto es un acontecimiento fisiológico”. Los expertos definieron las políticas y recomendaciones para promover la lactancia materna como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los niños del mundo. Esta estrategia se inició considerando 12 países como “países iniciadores”. (Juez, 1992 y UNICEF, 1994)

En el año 1992, esta iniciativa se integró como parte de las políticas del Ministerio de Salud de Chile donde se acreditarían los Hospitales y Clínicas que cumplieran con los estándares definidos a cumplir en nuestro país. El componente central de estas políticas está contenido en un código que recomienda diez pasos básicos para lograr una lactancia exitosa, los que constituyen en Chile la base de la Iniciativa de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre. (UNICEF 1992; Valdés, Pérez y Labbok, 1994; y Schellhorn y Valdés 1995)

En la actualidad en el mundo hay más de 16.000 hospitales Pro-Lactancia; en Chile se han acreditado 35 hospitales y 14 consultorios con esta iniciativa, lo que se ha asociado a la mejoría experimentada en la prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida que corresponde al 39% (MINSAL, 2002; y Valdés, Jiménez, Ávila, 2002). Debido a que las necesidades en los países en vías de desarrollo son muchas y los recursos escasos, el alimentar con leche materna al niño hasta los seis meses en forma exclusiva significa disminuir en forma importante la morbilidad infantil gracias a las ventajas del amamantamiento. UNICEF (sf)

Ventajas de la lactancia materna (UNICEF, 2003)

La lactancia materna tiene innegables beneficios para el niño, la madre, para la sociedad y la humanidad, destacando los siguientes:

I. *Beneficios para el niño:*

Nutrición óptima: Ningún alimento es mejor que la leche materna en cuanto a calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes. La composición de la leche se va adecuando a las necesidades del niño, a medida que éste crece y se desarrolla. Permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros alimentos.

Nutrición adecuada para prematuros: La madre de un prematuro produce un tipo de leche que es el alimento adecuado para este niño; en algunas circunstancias es necesario suplementarla.

Reduce la hiperbilirrubinemia neonatal: En el recién nacido el calostro elimina oportunamente el meconio reduciendo el riesgo de hiperbilirrubinemia neonatal.

Protección inmunológica: El calostro, la leche de transición y la leche madura contienen suficientes elementos para proteger al lactante de enfermedades y a su vez estimulan la respuesta inmunológica propia del niño, protegiéndolo frente a enfermedades digestivas, respiratorias, otitis, alergias, entre otras. (Valdés, 1999)

Fácil digestibilidad: Por tener la concentración adecuada de grasas, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión, la leche materna es de muy fácil absorción, empleándose al máximo sus componentes.

Crecimiento y desarrollo óptimo: Los niños que se alimentan con leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida logran un adecuado crecimiento y desarrollo. Luego mantienen este nivel de crecimiento si además de leche materna reciben alimentación complementaria hasta los doce meses.

Favorece el desarrollo neurológico e intelectual del niño: Los niños amamantados son más activos, ágiles, aprenden más rápido y tienen menos trastornos del lenguaje; presentan mejor desarrollo psicomotor. Aquí el cerebro crece en forma acelerada y se produce el perfeccionamiento neurológico (Schellhorn y Valdés 1995). También se ha comprobado que los niños tienen un coeficiente intelectual, medido a los 8 años, superior a los que no reciben lactancia materna.

Favorece el desarrollo dentomaxilofacial: Con el amamantamiento se favorece el equilibrio de succión-deglución-respiración y la posterior maduración de las funciones bucales de masticación, mímica y fonarticulación del lenguaje.

Favorece la organización sensorial, biocronológica y patrones afectivos: Al amamantar el niño organiza los patrones sensoriales presentando mayor agudeza visual, auditiva, al tacto, olfativa y del gusto que los alimentados con mamadera y fórmula.

Beneficios para la madre:

Retracción del útero: La ocitocina liberada por estímulo de la succión favorece la contracción uterina evitando el sangramiento y reduce su tamaño.

Recuperación de los pechos: El estímulo y vaciamiento de las mamas evita su congestión y mantiene la elasticidad y firmeza de las estructuras.

Recuperación del peso, recuperación del físico de la mujer: Ayuda a la pérdida de peso excedente, con un aspecto físico más vital y armónico.

Prevención del cáncer de mamas y ovarios: La lactancia materna reduce el riesgo de desarrollar cáncer de mamas y de ovarios.

Establecimiento del apego: El realizar contacto precoz entre el binomio madre-hijo apenas ocurre el parto con el amamantamiento se crea un fuerte lazo, "el apego", lo que induce a un sentimiento de admiración, protección y ternura muy intenso por parte de la madre hacia el niño.

Satisfacción emocional de la madre: Al sentir que es útil para su hijo, crea un sentimiento de autovaloración.

Beneficios para la familia:

Refuerzo de los lazos afectivos familiares: La llegada y el amamantamiento de un niño en un hogar constituye una experiencia familiar donde se acrecientan los lazos afectivos y la solidaridad.

Prevención del maltrato infantil: Una madre que amamanta mantiene una interrelación emocionalmente sana y equilibrada con menos riesgo de incurrir en alguna forma de maltrato.

Espaciamiento de los nacimientos: Con el método lactancia materna y amenorrea (LAM) se reduce la frecuencia de embarazos. Se ha demostrado que protege un 99% del riesgo a un nuevo embarazo. (Schellhorn y Valdés 1995)

Beneficios para la sociedad:

Disminución de la morbimortalidad infantil: Si las madres del mundo amamantaran hasta los seis meses exclusivo, se evitaría más de un millón de muertes de niños por año.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Economía de recursos: La lactancia materna ahorra gran cantidad de dinero a las familias, a las instituciones, al país y al mundo por concepto de costo en leches de vaca o fórmulas, mamaderas y accesorios, por hospitalizaciones y/o tratamientos, gastos en maternidad y atención de neonatos, ausentismo laboral de las madres por hijos menores de un año enfermos, y por producción-almacenamiento-promoción-transporte y evacuación de envases.

Ventajas ecológicas:

La leche materna es un recurso natural renovable: Actúa en el control del crecimiento de la población al espaciar los nacimientos; no desperdicia recursos naturales ni ocasiona contaminación; no incurre en gastos de fabricación y de comercialización y no requiere envases ni preparación. (Valdés, Pérez, Labbok; 1994)

Hospitales amigos del niño y de la madre

Los diez pasos para la lactancia exitosa (UNICEF, 1992):

Este decálogo práctico apoyado por la OMS y la UNICEF (2003) plantea la clave para un buen inicio de la lactancia en las maternidades y es la base a través de la cual se evaluarán los hospitales para designarlos "Hospitales Pro-Lactancia o Amigos del Niño y de la Madre":

1. *Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal.* Los hospitales deben contar con una norma escrita sobre lactancia que incluya los otros nueve puntos, dársela a conocer a todo el personal y exponerla en un lugar visible.
2. *Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.* El manejo clínico de la lactancia es un tema que en general no se trata en profundidad en las escuelas profesionales de la salud y que ha presentado grandes avances en los últimos años, por lo que se debe capacitar y actualizar al equipo para que ofrezcan a la madre un apoyo eficaz para iniciar la lactancia previniendo problemas. El instrumento BFHL exige que todo el personal haya participado de un curso de un mínimo de 18 horas, incluidas tres horas de práctica clínica, capacitación que debe tener un reciclaje periódico.
3. *Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.* El embarazo es el momento durante el cual la mujer se encuentra más receptiva para aprender en relación al cuidado de su hijo y a tomar decisiones sobre la alimentación del niño; ella debe estar en conocimiento de las ventajas de la lactancia para la madre y el niño para tomar una decisión bien fundada. Ese también es el período cuando se le deben enseñar las técnicas de amamantamiento para que al nacer el niño sea sólo un recordar lo que ya aprendió y pueda ponerlas en práctica de inmediato.
4. *Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.* El poner al niño a mamar dentro de esa primera media hora tiene ventajas para la madre y el niño. La succión de

la mama produce una descarga de ocitocina, la que a la vez contrae el útero, disminuyendo el sangrado postparto. El niño, durante la primera hora se encuentra en un estado de alerta tranquilo en el que es capaz de fijar la vista, mirar alrededor y tiene los reflejos activos para una buena succión. Si el niño es de término y sano, no se va a enfriar si queda en contacto con la madre y recibe calostro que lo inmunizará. Todos los procedimientos que incluyen peso, aseo, vitamina K, gotas oculares no involucran urgencia y pueden esperar hasta que la madre y el niño tengan oportunidad de estar juntos, tranquilos, conocerse y amamantar.

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.* La responsabilidad de enseñarle a la madre cómo amamantar a su hijo cae sobre el equipo de salud, quien debe demostrarlo en forma práctica durante la primera mamada y supervisar repetidamente la técnica de amamantamiento para evitar problemas de dolor, grietas y congestión mamaria. Si un niño nace enfermo o prematuro tiene aún más necesidad de la leche de su madre, por lo que se debe enseñar en forma práctica el método de extracción de leche y apoyarla a que sea capaz de mantener su producción. Esta misma técnica debe ser enseñada a todas las madres para evitar la congestión mamaria y en caso que tengan que dejar al niño para ir a trabajar.
6. *No dar a los niños más que leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.* La leche de su madre es el único alimento fisiológicamente adecuado para los recién nacidos, que cubre los requerimientos durante ese período junto con entregarle factores inmunológicos activos que lo protegen. Si un recién nacido normal se alimenta precoz, frecuente y efectivamente con calostro, no presenta riesgos de hipoglicemia, que constituye una de las principales causas de suplementación. La suplementación tiene el riesgo de acostumbrar a un niño al uso del chupete y mamadera, de sensibilizarlo a las proteínas de la leche de vaca, diluir e interferir con los factores inmunológicos del calostro y por último dar a la madre el mensaje de que no es capaz de alimentar a su hijo.
7. *Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas.* Para que una lactancia sea efectiva, ésta no puede tener restricciones de horarios, por lo que la madre y el niño deben estar juntos día y noche, al separarlos tendrá menos ocasiones de mamar, con mayor riesgo de recibir fórmula.
8. *Fomentar la lactancia natural cada vez que lo solicite.* La lactancia libre demanda, por parte de la madre o del niño, es la base fisiológica de la regulación de la producción de leche, por lo que no se debe interferir definiendo horarios de mamadas, con excepción del niño pequeño y somnoliento con el cual deberá tomar la iniciativa de despertarlo para alimentarlo.
9. *No dar chupetes a los niños alimentados al pecho.* Los niños amamantados no tienen necesidad de usar chupetes, si lo hacen pueden presentar dificultades al mamar debido a que la mecánica de la succión del chupete es muy diferente a la del amamantamiento, existiendo niños a los que les resulta muy difícil mamar después de haberlos usado.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

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.* El inicio de la lactancia natural es un período crítico durante el cual las madres requieren apoyo personalizado. Existen en nuestro país experiencias exitosas de "Clínicas de Lactancia" en las cuales el equipo de salud a través de atención individual o grupal previene y soluciona los problemas de lactancia que presentan las madres. El atender estos problemas resulta esencial para la mantención de lactancias exitosas y prolongadas hasta los seis meses de vida del niño. Toda madre que sale de la maternidad debe saber dónde acudir en caso de presentar problemas de lactancia. (Schellhorn y Valdés, 1995)

Metodología

Con el fin de tener un monitoreo del cumplimiento de cada uno de los Diez Pasos que nos certifican como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", se reorganizó el Comité de Lactancia Materna, constituyéndose inicialmente por enfermeras-matronas del hospital y de las áreas afines y posteriormente médicos que trabajan fuertemente con esta filosofía de atención. Se distribuyeron labores tendientes a realizar un diagnóstico de la situación actual de cada punto, bajo modalidades de auditoría clínica y de registros, supervisión en terreno, encuestas a personal interno y entrevistas a madres en sus primeros días de atención. Finalmente, se revisan los resultados y, en base a su análisis, se acuerdan medidas de intervención.

Instrumentos de evaluación

Se confeccionaron y aplicaron cinco instrumentos elaborados por el equipo a los diversos actores en este proceso: enfermeras y matronas coordinadoras o asistenciales de los servicios de neonatología de las clínicas y del hospital UC, y de San Joaquín, Centro de Especialidades Pediátricas (CEP) y Centro Médico de Nuestra Señora de la Paz. Además entrevistamos a madres de recién nacidos hospitalizados en relación a adherencia al lactario; a madres puérperas sobre uso de nursery y a las madres sobre educación prenatal.

A. Cuestionario educación en lactancia materna destinada a enfermeras coordinadoras

- ¿Cuenta en su servicio con normas, protocolos, pautas de cotejo para evaluar la educación en lactancia materna entregada a las madres?
- ¿Cuenta con material educativo para apoyar la educación que se entrega a las madres?
- ¿Tiene un sistema de registros donde anotar la educación impartida en lactancia materna?
- ¿Existe algún sistema de evaluación para determinar la forma en que el personal de Enfermería entrega los contenidos educativos?
- ¿Conoce la educación impartida y/o información que trae la madre previo a su ingreso al servicio?
- ¿Cómo informa al servicio de referencia la educación entregada a la madre?
- ¿Cuál es el porcentaje de los usuarios de su servicio que se controlan en Red de Salud UC?
- ¿Qué sistemas de extracción de leche enseña en su servicio?

B. Entrevista a enfermeras y matronas coordinadoras o asistenciales de servicios de neonatología de clínicas privadas y de hospitales de la red hospitalaria ministerial sobre sistemas de extracción de leche

¿Qué sistemas de extracción de leche están permitidos en su servicio y se enseñan a las madres de los RN hospitalizados?

¿Se extraen con bombas en domicilio o sólo en el servicio? ¿Cómo transportan la leche?

¿Se exige algún tipo especial de bomba?

¿Qué cuidados requieren las bombas en cuanto a limpieza para disminuir el riesgo de contaminación?

¿Congelan leche? ¿Educan al respecto?

C. Entrevista a madres de recién nacidos hospitalizados en relación a adherencia al lactario

¿Se extrae leche para alimentar a su guaguüita?

¿Quién le enseñó a extraerse leche?

¿Dónde se la extrae?

¿Qué sistema emplea de extracción?

¿Cuánto volumen de leche trae al día?

¿Por qué se extrae la leche de manera diferente a la técnica enseñada?

D. Entrevista a madres puérperas sobre uso de nursery

¿Sabía antes del parto que existía una nursery?

¿Todas las noches su hijo es llevado a la nursery?

¿Cuántas horas el niño permanece en la nursery?

¿Mientras está en la nursery se lo llevan a amamantar?

E. Encuesta a las madres sobre educación prenatal

Edad

Paridad

Lugar de control prenatal

¿Recibió alguna información sobre lactancia materna?

¿Quién le dio la educación? ¿Médico? ¿Enfermera-matrona? ¿Auxiliar de enfermería?, ¿Matrona privada? ¿No reconoce agente educador?

Metodología empleada: charla grupal___ individual___ con su pareja___

¿Antes ha amamantado? ¿Cómo fue su experiencia?

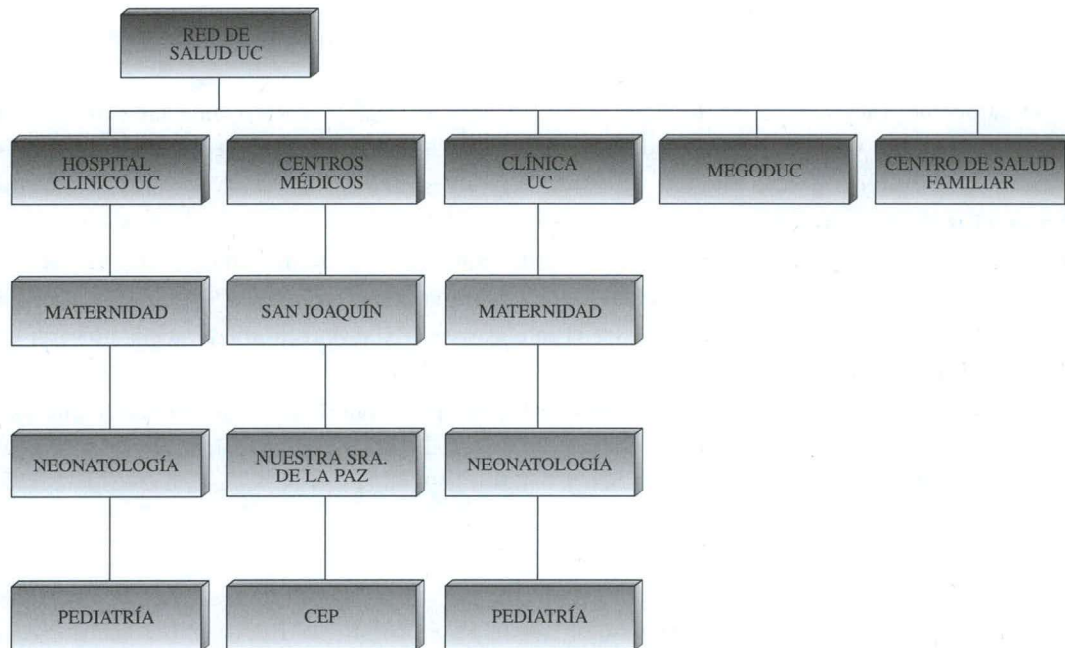
Resultados:

A continuación se muestran los resultados siguiendo el orden de los diez pasos propuestos para ser considerado como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre".

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

1. Disponer de una política escrita

Se identificaron las unidades que participan en el manejo de la Lactancia Materna dentro de la *Red de Salud UC* y, posteriormente, se verificó la existencia de políticas y normas en ellas.



Cuando se evaluó la existencia de políticas y normas, se encontró que en el HCUC los servicios de Maternidad, Neonatología, Pediatría y el servicio dietético de leche (SEDILE) y en el Centro Médico San Joaquín, disponen de un 40% de políticas y normas escritas (área hospitalaria 25% y área ambulatoria 20%). Sin embargo, en el resto de los Centros Ambulatorios que se fueron incorporando debido al crecimiento de la organización no existen normas escritas en lactancia requeridas con el enfoque de los Hospitales Amigos.

2. Capacitar a todo el personal

Para medir el grado de competencias en el área se utilizó como indicador la asistencia y aprobación formal del curso "Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre" realizado por la doctora Verónica Valdés y su equipo. No fue considerada la educación continua local realizada por cada servicio en esta materia. Los resultados de Red de Salud UC muestran que, de un total de 90 enfermeras, el 63% de ellas está capacitada formalmente en lactancia materna y que de 128 auxiliares de enfermería, el 50,5%, tiene aprobado este curso. Los servicios con mayor capacitación en el área hospitalaria son las enfermeras-matronas del Servicio de Obstetricia del HCUC con el 64,3% y del Servicio de Puerperio de la Clínica UC con el 100%. Del área ambulatoria, el Centro

Médico San Joaquín, Centro Médico Nuestra Señora de la Paz y Centro de Especialidades Pediátricas tienen el 100% capacitado, mientras que el Centro de Salud Familiar sólo el 50%. Las auxiliares de enfermería con mayor capacitación a nivel hospitalario se encuentran en la Unidad de Neonatología HCUC, con el 75%. Cabe hacer notar que en el área ambulatoria de la red la Lactancia Materna la maneja la enfermera-matrona.

3. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

Se evaluaron todos los Centros de Red de Salud UC. que entregan información a las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia. Cada mes controla su gestación un promedio de 150 mujeres embarazadas y tienen su parto en Red de Salud UC. Ellas reciben educación a través de folletos escritos, charlas educativas, cursos a las parejas organizados localmente, sin embargo no hay registros que demuestren que el 100% de ellas haya recibido información y de qué tipo. En un estudio de prevalencia realizado en el año 2000 sobre Lactancia Materna se mostró que sólo un 28% de las embarazadas controladas en Red de Salud UC que asisten al CMSJ recibió educación prenatal en lactancia, el que habría disminuido a un 11% en el año 2002 (Martínez, Segovia, Campos, Lucchini, Márquez y Véliz, 2002). En el 2003 se encuestó a las púerperas del HCUC, encontrándose que sólo el 20,3% reciben educación prenatal; de ellas, el 26% fue educada en las consultas privadas de Lira, 17,3% en el CM Alcántara, 13% en el CM San Joaquín y 13% en el CM N. S. de la Paz.

4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de los primeros 30 minutos

Para evaluar el cumplimiento de este paso se revisó el Protocolo de Apego y Lactancia Precoz existente en Maternidad y Neonatología, encontrándose que 100% de los recién nacidos en el HCUC se coloca en contacto precoz con sus madres, salvo en contadas ocasiones derivadas de la situación de salud del recién nacido. Todo el personal de enfermería de los Servicios de Maternidad y Neonatología está capacitado en las prácticas de Apego y Lactancia Precoz. Sin embargo, el 42% de los partos son privados, lo que en algunos casos representa diferencias de criterios importantes.

5. Mostrar a las madres cómo amamantar al niño y cómo mantener la lactancia materna

Se evaluaron dos aspectos en este punto: a. se evaluaron las técnicas educativas utilizadas para apoyar a las madres a iniciar una lactancia exitosa y mantenerla a nivel ambulatorio y hospitalario y b. se evaluaron los sistemas de mantenimiento y conservación de la leche materna en Clínicas y Hospitales. En el HCUC se observó que existe siempre la ayuda a iniciar el amamantamiento en el postparto inmediato y en la recuperación conjunta. En efecto, en puerperio se apoya al 100% de las madres en el amamantamiento (protocolo de recién nacido) y se fomenta la habitación conjunta. Sin embargo, un 60% de las madres solicitan que sus hijos sean retirados por un período de cuatro horas para descansar, lo que constituye un riesgo que puede afectar el buen desarrollo de la lactancia. En niños hospitalizados se favorece el amamantamiento y se enseña a las madres la técnica de extracción manual de leche que puede realizarse en un lactario. Si la extracción es en domicilio, la madre traslada la leche en un recipiente especial y la entrega en el Servicio Dietética de Leche (SEDILE) en un horario establecido.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Por otra parte, en el área ambulatoria se cuenta con Clínicas de Lactancia y Consultas de Educación para el Autocuidado en Salud (EPAS), que brindan apoyo al amamantamiento y mantenimiento de la lactancia exclusiva directamente y por apoyo telefónico. A pesar de ello, en un estudio realizado en el CMSJ del año 2000 se mostró que el porcentaje de Lactancia Materna exclusiva a los seis meses era sólo de un 27% (Valdés, Jiménez y Ávila, 2002)

6. No dar a los recién nacidos más que leche materna

Para determinar este punto, se evaluó la experiencia en puerperio y neonatología. En un estudio efectuado el año 2002, se encontró que en el área de Puerperio los RN reciben pecho materno y en situaciones puntuales fórmula láctea sólo por indicación médica, que corresponde al 7% del total de las alimentaciones recibidas por los recién nacidos (Muñoz M., 2002). Sin embargo, cuando se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia en el año 2003, se observó que en promedio, los recién nacidos reciben una mamadera de suero glucosado en su estadía en la nursery. En el caso de Neonatología se da prioridad al pecho materno y a la extracción manual de leche para la alimentación Galleguillos, J., Saldías, M.I., Varas, K., Quezada, M. Cabezas, V. (2003). En el 1998 se realizó una evaluación donde se encontró un 91% de adherencia al Programa Lactario, un 54% de prematuros recibían leche materna desde el segundo día de vida llegando a cubrir entre un 80-100% del volumen enteral desde la tercera semana de vida. Al alta, un 66,6% de los niños hospitalizados se alimentaban con pecho exclusivo (Saldías, 1998). Al comparar con estudios posteriores, en 2001 los prematuros cubrieron los requerimientos de LM en un 83% del aporte enteral, el inicio de la alimentación oral se ha retrasado hasta 72 horas de vida y que los prematuros extremos tardaron hasta nueve días en iniciar el aporte enteral. Al alta, un 40% de los clientes derivados al control ambulatorio iban con pecho materno exclusivo (Ascencio, 2002). Entre junio-julio de 2003 se hizo un seguimiento por dos semanas a las madres que dejaban leche diariamente para sus hijos correspondiendo al 80%, donde un 35% emplea otro sistema que no es la extracción manual. (Informe Servicio de Neonatología). Por último, no existen registros mantenidos en el tiempo sobre el número de recién nacidos que son derivados al control ambulatorio con lactancia materna exclusiva, lo cual no permite conocer el dato de autoindicación de fórmulas lácteas como complemento.

7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas

Este paso se evaluó midiendo el cumplimiento de alojamiento conjunto en el puerperio del HCUC (pacientes sala y pensionado) y la Clínica UC (pacientes pensionado) las 24 horas del día. También se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia en el HCUC. En este sentido, en nuestra institución se ha mantenido por años el alojamiento conjunto de la madre y niño; sin embargo, en el año 2001 se creó una nursery en el HCUC, como resultado de la encuesta de satisfacción usuaria de las madres hospitalizadas en el puerperio, que manifestaban insatisfacción en relación al reposo y sueño de ellas. Actualmente, entre el 80-100% de las madres solicitan que sus hijos sean llevados por un período promedio de 3,5 horas a la nursery, permaneciendo alrededor de 21 horas juntos. En la Clínica UC también se llevan los RN a la nursery durante la noche y cada vez que el niño lo requiera se lleva al

pecho. Cuando se evaluó el impacto de la nursery en la lactancia, se observó un incremento de 100% en la administración de suero glucosado por vía oral, sin mediar indicación médica.

8. Fomentar la lactancia libre demanda

En las áreas de Puerperio del Hospital como en la Clínica UC se encontró que el 100% de los recién nacidos sanos son amamantados a libre demanda, siguiendo las recomendaciones establecidas en el Protocolo de Recién Nacido. En el área ambulatoria, en las consultas EPAS también se evalúa y se educa a la población materna para apoyar la lactancia materna exclusiva. Si es necesario, se derivan a la Clínica de Lactancia que es otra instancia de dedicación exclusiva a la lactancia. En un estudio del año 2000, se determinó que un 67,39% de las madres recibieron educación en lactancia en las consultas EPA de recién nacido y un 23,1% fueron derivadas a las clínicas de lactancia por problemas y un 2,9% por madre que trabaja. El CMSJ ese año el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los seis meses era sólo de 27%, siendo la prevalencia nacional de 39%. (Jiménez, Ávila, y Valdés, 2000)

9. No dar chupete a los niños amamantados

Se realiza evaluación supervisada en las distintas áreas hospitalarias donde los niños son amamantados. En el área de Puerperio del HCUC los niños amamantados no emplean chupetes de entretenimiento y cuando van a la nursery los recién nacidos sanos reciben suero glucosado en mamadera. Sólo se utiliza el chupete para ejercitar la succión no nutritiva en los recién nacidos hospitalizados, especialmente en prematuros.

10. Fomentar el establecimiento de los grupos de apoyo

En la actualidad, en el área ambulatoria existen tres Consultas EPA y tres Clínicas de Lactancia ubicadas en centros médicos, que a su vez están unificando la forma de llevar a cabo sus actividades, con normas compartidas. Una de ellas cuenta con Apoyo a los Padres de enfermeras matronas docentes y asistenciales, a través de consulta telefónica las 24 horas del día que se evaluó el año 2002, encontrándose que un 21,7% de consultas eran por problemas de lactancia (Campos, Márquez y Lucchini, 2002). Este servicio es desconocido en el área hospitalaria, por lo tanto no tienen retroalimentación sobre los motivos de consulta y problemas de lactancia de mayor relevancia, lo que sería de gran utilidad para fortalecer los aspectos débiles en puericultura y neonatología.

Análisis y discusión

Dado el crecimiento acelerado que ha experimentado la organización, en los últimos 11 años se ha producido una falta de coordinación entre las nuevas dependencias y el HCUC, manifestándose en una falta de continuidad en la atención, ya que las normas políticas de lactancia del año 1992 no fueron difundidas y cada lugar creó sus normas locales. Además, se detectó un déficit en los registros, que interfiere en una evaluación objetiva en algunos aspectos del proceso.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Respecto a la capacitación, se consideró como indicador de capacitación del personal haber asistido al curso "Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre" que es de alta exigencia y permite acreditar al personal como experto en el tema. Esto determinó que el porcentaje de personas capacitadas no fuera el óptimo. Otro factor que incide en los resultados es la integración de personal nuevo y la rotación de personal existente.

El cambio de modalidad del control prenatal en algunas dependencias de la Red de Salud UC ha determinado una disminución de la participación de la enfermera-matrona, afectando directamente el rol educativo que ella debería cumplir, como por ejemplo informar a las embarazadas sobre beneficios de la LM. Educar requiere establecer una relación con la madre para garantizar la continuidad del cuidado.

Todas las madres inician la lactancia dentro de los primeros 30 minutos de vida del niño, por lo que esta regla se cumple en el 100% de los recién nacidos sanos.

No todas las madres que controlan el embarazo en Red de Salud UC reciben educación sobre amamantamiento y técnicas de extracción de leche. Además se detectó diversidad en los contenidos educativos y material de apoyo entregado a los usuarios. Durante la permanencia en puerperio, las madres emplean la nursery del servicio. Esta no ha logrado satisfacer ambos objetivos –descanso materno y mantención de la lactancia exclusiva– ya que en éstas se da a ingerir suero glucosado en el período de permanencia de los recién nacidos en esta sala, lo que se evitaría si se lleva a los niños a amamantar cuando ellos lo requieren.

En el caso de los recién nacidos hospitalizados, se enseña la técnica de extracción manual de leche a las madres que lo necesitan. Las técnicas empleadas de extracción manual de leche han sido evaluadas en otros servicios de Neonatología tanto privados como de la red de hospitales del MIN-SAL, resultando habitual el uso de bombas eléctricas y manuales de extracción de leche y que no tienen riesgos para el niño. Esto está confirmado por la bibliografía, por lo que se hace necesaria su implementación.

Es necesario fomentar el establecimiento de grupos de apoyo, pues falta optimizar los sistemas de referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalaria-ambulatoria, tanto de los pacientes institucionales como los privados, para mantener la adherencia a los diez pasos de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en la Red de Salud UC.

Conclusiones y sugerencias

De los diez pasos que nos exigen para acreditar como Hospital Amigo del Niño y de la Madre se ha evaluado el cumplimiento de cada uno de ellos, encontrándose que se ha logrado a través de estos años la práctica de apego en el 100% de los partos sin riesgo y un destacable esfuerzo y disposición del personal en favorecer precozmente el amamantamiento. Sin embargo, a pesar de ello existen varios puntos débiles que deben mejorarse en las políticas, en capacitación, educación de la mujer embarazada, en el uso adecuado de nursery, en el déficit de los registros y en el funcionamiento de referencia y contrarreferencia entre las áreas hospitalarias y ambulatorias, tanto en pacientes institucionales como privados. Por ello se propone un programa de fortalecimiento de la lactancia materna para la Red de Salud UC, que se comunica a continuación:

Programa de fortalecimiento de lactancia materna

Este programa está diseñado para fortalecer la Lactancia Materna en las dependencias docente asistenciales de los Centros de Salud de la Facultad de Medicina UC. El seguimiento y fortalecimiento de los pasos de la filosofía de los “Hospitales Amigos del Niño y del Madre” será de responsabilidad del Comité de Lactancia Materna UC para el período 2003-2005.

I. Disponer de una política escrita

Revitalizar el Comité de Lactancia Materna integrado por enfermeras-matronas, médicos de todos los puntos de Red de Salud UC y docentes de la Escuela de Enfermería y Medicina que participan en manejo de la lactancia o formación de alumnos.

Revisar, actualizar, unificar criterios y difundir las normas técnicas de Lactancia Materna con todos los integrantes del comité.

Protocolizar los sistemas de referencia y contrarreferencia entre el nivel ambulatorio y hospitalario.

II. Capacitar a todo el personal

Exigir la capacitación a todo el personal de Enfermería del área Materno-Infantil a través del curso “Lactancia en la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño y de la Madre”.

Revisar el tema de la Lactancia Materna en el currículum de formación de pregrado y postgrado en las carreras de Enfermería y Medicina UC. Efectuar seminarios periódicos de actualización.

Solicitud de apoyo a los académicos en el fortalecimiento del tema, a través de los Jefes de Departamento de Obstetricia, Ginecología y Pediatría.

Establecer las competencias del personal de enfermería en relación a Lactancia Materna y comparar con estándares internacionales.

III. Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios de la lactancia

Unificar educación en toda el área prenatal sobre los beneficios de la Lactancia Materna que quedará estipulado en las normas del tema de Red de Salud UC.

Desarrollar sistemas de registro y evaluación de la educación impartida a las embarazadas.

IV. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia dentro de los primeros 30 minutos

Difundir como Política institucional el Protocolo de Apego y Lactancia Precoz, que debe ser cumplido por todo el personal médico y de enfermería que asiste un parto.

V. Mostrar a las madres cómo amamantar al niño y cómo mantener la lactancia materna

Unificar educación prenatal sobre técnicas de amamantamiento y extracción de leche.

Registrar contenidos educativos para monitorear cumplimiento en las distintas etapas del embarazo y puerperio.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Mantener amamantamiento exclusivo en binomio madre-hijo sano en puerperio.

Flexibilización de los horarios atención del SEDILE.

Incorporación de nuevas modalidades de extracción y conservación de leche.

VI. No dar a los recién nacidos más que leche materna

Los recién nacidos en puerperio se alimentarán sólo con lactancia materna libre demanda.

Crear otra sala para extracción de leche en puerperio, de modo que las madres sean entrenadas e inicien la extracción de leche durante su hospitalización.

Fortalecer la información a los alumnos, internos y/o residentes que participan en las indicaciones sobre la política de amamantamiento exclusivo en los recién nacidos.

Incorporar el sistema de congelación de leche materna, para disponer de ella en el momento del inicio de la alimentación enteral de los recién nacidos hospitalizados.

Incorporar bombas manuales o eléctricas, como alternativa a la extracción manual en los casos que sea necesario.

VII. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas

Ofrecer el alojamiento conjunto.

Ofrecer sólo si es necesario la nursery a madres cesarizadas en primer día o con patologías que requieran reposo o estén en aislamiento.

Dar información sobre la política de internación conjunta del hospital y solicitar un consentimiento informado a las madres que deseen optar por la nursery.

El tiempo de permanencia en la nursery es entre tres y cuatro horas.

Crear un sistema de registros sobre Lactancia Materna exclusiva al alta y su posterior continuidad en el área ambulatoria.

VIII. Fomentar la lactancia libre demanda

Trabajar en el desarrollo de una política que involucre a todo el equipo materno-infantil en su formación y capacitación orientado al fomento del amamantamiento exclusivo hasta el sexto mes.

IX. No dar chupete a los niños amamantados

Educar desde el control prenatal en relación al no uso de chupetes de entretención.

No indicar su uso en recién nacidos sanos, ni en recién nacidos hospitalizados que se amamanten.

X. Fomentar el establecimiento de los grupos de apoyo

Educar a padres sobre sistemas de apoyo.

Uniformidad en las Normas de la Atención al Cliente.

Desarrollar material de apoyo y educativo para la red.

Desarrollar un sistema de Referencia y Contrarreferencia entre el Área Hospitalaria y los Grupos de Apoyo.

Difusión de resultados obtenidos en el área ambulatoria y viceversa.

Referencias Bibliográficas

- Ascencio S. (2002). *Porcentaje de los diferentes tipos de leche aportados a los recién nacidos prematuros con peso de nacimiento menor de 1500 gramos, nacidos y hospitalizados en el Hospital Clínico de la UC durante las dos primeras semanas de vida en el primer semestre del año*. Np, Trabajo de Internado en Enfermería Neonatal HCUC.
- Campos, C., Márquez, F., y Lucchini, C. (2002). El teléfono como apoyo a los padres en la crianza de sus hijos: una contribución de enfermería. *Ciencia y Enfermería* 8(2), 73-78.
- Collao, C., Cruz, C., Torres, C. (2002). *Relación entre el amamantamiento y la manifestación del dolor en lactantes sometidos a vacunación subcutánea*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de Chile.
- Ilabaca, J., Atalah, E. (2002). Tendencia de la lactancia materna en el servicio de salud metropolitano sur. *Rev. Chil. Pediatr.* 73(29), 127-134.
- Jiménez, M., Avila, D., y Valdés, V. (2000). Prevalencia de la Lactancia Materna. Presentación en Reunión Clínica. (np). Facultad de Medicina. PUC. Santiago, Chile.
- Juez, G. (1992, agosto). Ventajas de la lactancia materna en, I Taller Hospital Amigo del niño y de la madre. MINSAL, UNICEF, OPS, OMS.
- Martínez, M., Segovia, M. (2003) Prevalencia de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. Investigación realizada en el Internado de Enfermería en Centro Médico Nuestra Señora de la Paz y Centro Médico San Joaquín.
- MINSAL (2002). Listado de hospitales y consultorios acreditados como amigos del niño y de la madre. Chile 2002. Recuperado el 13 de diciembre 2002 de [http:// www.unicef.cl/indicadores/hospitales.htm](http://www.unicef.cl/indicadores/hospitales.htm)
- Muñoz, H. (2002). Aspectos evolutivos y antropológicos de la relación madre-hijo. Abstract en Seminario Internacional *El Apego, un nuevo paradigma para la Obstetricia y la Neonatología*. Universidad de Chile.
- Muñoz M. (2002). Percepción de las madres de los recién nacidos hospitalizados. La educación y apoyo entregado en lactancia materna. Informe. Internado de Enfermería en Neonatología Hospital UC y Escuela de Enfermería UC.
- OMS, UNICEF (1989). Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Recuperado el 10 de agosto, 2003, de www.oms.org
- Quezada, M., y Mejías, U. (2002) *Síndrome de Down y lactancia materna: morbilidad y calidad de vínculo*. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Universidad Católica de Chile.
- Saldías, M. I. (1998). *Eficacia y eficiencia del Lactario en el Servicio de Neonatología Hospital UC*. np. Informe anual de Enfermería del Servicio Neonatología. HCUC . Santiago.
- Schellhorn, V., Valdés.,V. (1995). *Lactancia Materna: contenidos para profesionales de la salud*. MINSAL, UNICEF, Comisión Nacional de Lactancia Materna. Santiago: Editado por UNICEF.
- Valdés, V., Pérez, A., Labbok, M. (1994). *Lactancia para la madre y el niño*. Santiago: Ed. Mediterráneo.
- Valdés, V. Lactancia materna. En J Tapia & P Ventura-Juncá, (1999). *Neonatología*. Santiago: Ed. Mediterráneo, 172-175.
- UNICEF (1992). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad*. Recuperado en junio 20, 2003 de <http://www.unicef.org>.
- UNICEF (1992). *Cuestionario para la evaluación global del hospital para la Iniciativa hospitales amigos del niño de la OMS y el UNICEF*. Recuperado el 14 de agosto, 2003 de [http:// www.unicef.org](http://www.unicef.org) .
- UNICEF (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. OMS Ginebra, Suiza. Oficina de publicaciones. Recuperado el 2 de septiembre 2003 de [http:// www.unicef.cl/ archivo_documento/100/ estrategia_mundial_lactancia.pdf](http://www.unicef.cl/archivo_documento/100/estrategia_mundial_lactancia.pdf).
- UNICEF (1994). *¡Tomemos la iniciativa en pro de los niños!*. Nueva York: House Hall.
- UNICEF (1995). *Hacia un buen comienzo de la vida*. Comisión Nacional De Lactancia Materna. Santiago: MINSAL.