



CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
Dirección General de Salud Pública

PLAN DE FOMENTO DE LA

# LACTANCIA MATERNA

(2005-2007)





# INDICE

---

Prólogo _____	1
Introducción _____	3-8
Definición de lactancia materna y sus modalidades (OMS) —	9-10
Prevalencia de lactancia materna en España y Cantabria —	11-22
Objetivos y Actividades _____	23-42
Otras estrategias de actuación _____	43-44
Financiación _____	45-46
Evaluación _____	47
Grupo de Trabajo para el seguimiento del Plan _____	47-48
Bibliografía _____	49-51



# PRÓLOGO

La lactancia materna representa muchas cosas importantes: la mejor forma de alimentar a nuestros hijos e hijas, de acogerles en este mundo nuestro y sobre todo, que muchas mujeres respetan la sabiduría de la Naturaleza; que desean, en un momento de culto a la actividad productiva, dedicar a la vida personal un espacio suficiente y que, al mismo tiempo, que acceden a tantas nuevas tareas y responsabilidades, no están dispuestas a renunciar a su capacidad biológica de amamantar.

Sin embargo, la lactancia materna está amenazada. El hecho de no ser un proceso meramente instintivo, sino un fenómeno biocultural confiere al amamantamiento una extraordinaria vulnerabilidad.

Los poderes públicos, las autoridades sanitarias, los profesionales, las organizaciones de mujeres, de defensa de la infancia y los grupos de apoyo a la lactancia debemos unir nuestros esfuerzos porque el abandono de la lactancia trasciende todos nuestros respectivos ámbitos de competencia, requiere el más amplio de los abordajes y la colaboración de todos los que creemos en la lactancia materna.

Este Plan para el Fomento de la Lactancia Materna 2005-2007 concibe el amamantamiento como un bien precioso que debemos recuperar, además de como un derecho básico de los lactantes y de sus madres que necesita ser protegido. Y propone, a través de una multiplicidad de medidas, caminar en una única dirección, la promoción de una cultura de protección de la lactancia materna que impregne a toda nuestra sociedad.

Charo Quintana Pantaleón  
Consejera de Sanidad y Servicios Sociales



# INTRODUCCION

La leche humana es un fluido vivo de composición compleja y variable a lo largo del tiempo, lo que le permite adaptarse a las diferentes etapas del desarrollo del lactante. Proporciona al bebé todos los elementos nutritivos necesarios durante los primeros 6 meses de vida en exclusiva, y se recomienda hasta los 2 años complementada con otros alimentos.

La lactancia materna ha sido, tradicionalmente, la fuente natural de alimentación del ser humano en su primera infancia, bien con la leche de su propia madre o, en su defecto, con la de otra madre lactante o nodriza. Sin embargo, a lo largo del siglo XX, la lactancia natural se fue abandonando progresivamente en favor de la lactancia artificial, confiándose ciegamente en los supuestos beneficios de la tecnología aplicada al desarrollo humano. Ello condujo a lo que hoy es considerado como el mayor experimento llevado a cabo con el ser humano a nivel mundial: la sustitución de la alimentación diseñada por la naturaleza por otra cuyas ventajas o beneficios sobre aquélla nunca han podido ser demostrados.

Se han documentado, entre otros, los siguientes beneficios de la lactancia materna:

**1. Para el lactante** tanto a término como pretérmino: disminuye la incidencia y gravedad de la meningitis bacteriana, bacteriemia, diarrea, infecciones respiratorias, enterocolitis necrotizante, otitis media, infecciones urinarias y sepsis de origen tardío en pretérminos. Otros estudios sugieren descenso en la diabetes mellitus, linfoma, leucemia, enfermedad de Hodgkin, sobrepeso-obesidad, hipercolesterolemia y asma en niños/as y adultos/as que fueron amamantados/as, comparados con los alimentados de forma artificial. Además en los/las lactantes amamantados/as en EE.UU las tasas de mortalidad postneonatal infantil disminuyen en un 21%.

**2. Para la madre:** disminuye el sangrado postparto, aumenta el intervalo entre embarazos por la amenorrea inducida por la lactancia, recupera antes el peso pregestacional, disminuye el riesgo de cáncer de mama, de ovario, etc.

**3. Para la comunidad:** disminuye el coste económico de la alimentación infantil, reduce el absentismo laboral al producirse una menor morbilidad infantil, decrece la carga ambiental de biberones, tetinas, material de desinfección, etc., y la demanda de energía para la producción y transporte de las fórmulas artificiales.

Los factores que han influido negativamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna son muchos. Uno muy importante, dado el momento crítico de instauración de la lactancia en que sucede, es la aplicación de rutinas inadecuadas de asistencia hospitalaria durante los primeros días de vida en las maternidades. A este factor se le ha unido el desconocimiento de la técnica de amamantamiento y la falta de experiencia materna, ya que en la sociedad actual las mujeres apenas han visto amamantar y ellas mismas fueron alimentadas con lactancia artificial en una elevada proporción. A este sombrío panorama contribuía el que el personal sanitario ofreciese la lactancia artificial como rápida alternativa a los problemas en el inicio del amamantamiento o ante patrones de crecimiento irregular del lactante. Así, un estudio de prevalencia de lactancia materna en el norte de España entre 1992 y 1993 señaló que la introducción de la lactancia artificial ocurría a una edad media de 49,22 días, tomándose la decisión a iniciativa del o la pediatra en un 65,7% de casos.

Es a finales del siglo XX cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), conscientes del grave problema de Salud Pública que suponía el progresivo abandono de la práctica de la lactancia materna a nivel mundial, elaboran un documento sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”. Este documento contiene los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural” que engloban las acciones que deben llevarse a cabo para apoyar la lactancia desde el período prenatal, continuando en el neonatal inmediato en las maternidades, y tras el alta hospitalaria a través de los servicios de atención primaria y los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Un año más tarde, en 1990, la Declaración de Innocenti adoptada en la reunión conjunta OMS-UNICEF y aprobada por la Asamblea Mundial de

la Salud en 1991, hace un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para su apoyo a la lactancia materna.

Mucho ha sido el camino recorrido desde entonces, incluyendo la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), presentada en el Congreso de Pediatría en Ankara en 1991 y extendida progresivamente a los países del mundo, que galardona con su distintivo a los Hospitales maternos que aplican el decálogo hacia una feliz lactancia natural. En España, el Comité Nacional de la IHAN se creó en 1995 y actualmente más de 150 hospitales con servicios de maternidad están ajustando sus actuaciones y protocolos a la iniciativa, habiendo recibido ya un pequeño número de ellos su distinción. Posteriormente, en marzo de 1996, se formó el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, una de cuyas primeras actividades fue la realización de un estudio de prevalencia real de la lactancia en España con datos de una encuesta transversal de ámbito provincial, que revisaremos más adelante.

En la actualidad, se encuentra en vías de aprobación un Proyecto, financiado por la Comisión Europea y presentado en Dublín el 18 de junio de 2004, sobre "Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna: Plan Estratégico para la acción" que dirige sus actuaciones, desde los poderes públicos y administradores de la salud, a seis apartados:

1. Política y planificación.
2. Información, educación y comunicación.
3. Formación.
4. Protección, promoción y apoyo.
5. Control.
6. Investigación.

Todos estos esfuerzos mundiales se han centrado en apoyar cambios en la cultura de la lactancia incidiendo sobre:

- La sociedad.
- Los profesionales sanitarios.
- Las prácticas publicitarias.
- Los gestores de la salud.

## LA SOCIEDAD

Desde el punto de vista social, la promoción de la lactancia materna surgió de las propias madres lactantes que crearon asociaciones conocidas como Grupos de Apoyo a la Lactancia, verdaderas “cadenas de calor” para madres y padres que encuentran en ellas una referencia primordial a la salida del Hospital. La primera de todas estas asociaciones fue la “Leche League International “ (La Liga de la Leche) fundada en 1956 en Illinois (Estados Unidos) . En España, los grupos iniciales se constituyeron a finales de los años 80, siendo registrado el primero de ellos, “Mares de Leche”, en 1986, en Cataluña. A éste le siguieron, en 1987, la “Liga de la Leche”, en Euskadi, y la “Vía Láctea”, de Zaragoza. . En Cantabria, la iniciativa de un pequeño grupo de mujeres y dos matronas del INSALUD dio lugar a la creación, en 1997, de la asociación “La Buena Leche”, entre cuyos objetivos se encuentran la divulgación de la importancia de la lactancia materna y la ayuda a las madres lactantes en la resolución de los problemas de todo tipo que puedan presentarse en el transcurso del amamantamiento, excluyendo los médicos.

## LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS

La promoción de la lactancia materna por parte de los/las profesionales sanitarios asistenciales implicados en las diferentes áreas de atención a la mujer y la infancia (Medicina de Familia, Ginecología y Obstetricia, Matronas y Enfermería, Pediatría) ha supuesto y va a suponer su implicación en:

- La propia formación en este tema dadas las limitaciones que presentan sus planes de estudio pre y postgrado en los que se aborda el tema, generalmente, desde un punto de vista teórico con escasos aspectos prácticos. Una encuesta diseñada por el Comité de Lactancia Materna de la AEP para evaluar los conocimientos en lactancia materna de los MIR de Pediatría de toda España, y publicada en 2003, señaló que su formación era insuficiente salvo en algunas provincias que reflejaban los esfuerzos promocionales, y que un 57,2% nunca había oído hablar de los “hospitales amigos de los niños”

- La facilitación de la lactancia materna en el hospital.
- La divulgación sanitaria entre la población.
- La investigación en lactancia: aspectos metodológicos.
- La sensibilización frente a la publicidad de los sucedáneos lácteos.

## LAS PRÁCTICAS PUBLICITARIAS

Las prácticas publicitarias que, en un intento de asegurar el uso correcto de la leche materna y de controlar las prácticas inadecuadas de comercialización de alimentos infantiles, quedaron reguladas en 1981 por el Código Internacional sobre la comercialización de sustitutos de leche materna, se han ido actualizando y adaptando a cada país. En España, en concreto, la modificación más reciente es el RD 72/1998 de 23 de enero, que aprobó la regulación específica de los Preparados para Lactantes y de Continuación. Sin embargo, a pesar de notorios avances en este campo, se siguen observando, esporádicamente, prácticas que transmiten mensajes contradictorios a la sociedad, tales como la distribución gratuita de muestras de fórmulas artificiales, la adquisición de las mismas a bajo precio por la propia institución sanitaria o, con más frecuencia, la publicidad del biberón encubierta bajo el uso de fórmulas “especiales para el cólico o el estreñimiento o la recuperación de procesos infecciosos con probióticos”, la supuesta comodidad de uso de sobres de polvo de leche de continuación monodosis, etc.

## LOS/AS GESTORES DE LA SALUD

El personal directivo y gestores, tanto de los hospitales (gerentes, jefes/as de servicio, etc.) como fuera de ellos, en el Ministerio o las Consejerías de Sanidad, debe involucrarse en este fomento de la lactancia materna y, a través de sus respectivas competencias, comprometerse y colaborar en la aplicación de los Diez pasos y cualquier otra medida tendente a incrementar la importancia de la lactancia materna.



## 2. DEFINICIÓN DE LACTANCIA MATERNA Y SUS MODALIDADES (OMS)

En los años 1991 y 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó las definiciones de lactancia que reproduce el documento “Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Materna: Plan Estratégico para la acción” presentado a la Comisión Europea y también las aconsejadas por el Comité de Lactancia Materna de la A.E.P, en su Guía para Profesionales, para realizar estudios epidemiológicos. Son las siguientes:

- **Lactancia materna exclusiva:** el bebé recibe solo leche materna de su madre o nodriza, o leche exprimida de madre, y ningún otro líquido o sólido con la excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicinas.
- **Lactancia materna predominante:** la fuente principal de nutrición del bebé es leche materna. Sin embargo, puede también recibir agua y bebidas basadas en agua: sales de rehidratación oral, gotas y jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicinas y otros fluidos. Con la excepción de zumos de frutas y agua azucarada, no se permite ningún fluido basado en comida bajo esta definición (en particular leche no humana).
- **Alimentación complementaria:** el bebé recibe leche materna y comida sólida (o semisólida). Esta definición incluye la leche no humana (tanto si es un biberón ocasional como si es habitual).
- **No lactancia materna:** el bebé no recibe leche materna.

Aunque se reconoce que esta categorización de la lactancia materna de la OMS no permite distinciones más precisas, la utilización de estos

términos, ajustados a sus contenidos, permite la comparación de resultados entre los diferentes estudios.

En cuanto a la recogida de datos sobre lactancia puede realizarse a cualquier edad. Se suelen recoger a las 48 horas después del nacimiento, y sobre los 3, 6 y 12 meses de edad, siendo el intervalo de estudio las 24 horas previas, ya que se considera que puede ocurrir un sesgo en la memoria materna cuanto mas largo sea el período de tiempo de recuerdo de detalles precisos de la alimentación.

## 3. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA Y CANTABRIA

### 3.1. LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA.

Cuando se revisan las prevalencias de lactancia materna es norma estudiarlas al momento del alta hospitalaria y en los controles posteriores a diferentes meses de la vida.

El estudio de los factores determinantes de estos índices suele registrar la decisión materna previa sobre la posibilidad o no de amamantamiento establecida durante la gestación, siendo esta voluntad un factor muy importante para la actitud tras el parto y afectando, entre otros, al porcentaje de prevalencia de lactancia materna. tras el alta hospitalaria. Una encuesta de salud en la Comunidad Autónoma de Galicia, reflejada en el Plan de Salud de Galicia 2002-2005, revela que antes del nacimiento del bebé el 15% de las madres ya tenía pensado no darle el pecho frente al 79,2% que si lo habían pensado, y un 5,8% que no lo sabían o recordaban.

También se ha constatado la influencia que tienen las ideas de la pareja sobre el amamantamiento, de forma que si históricamente la figura del padre supuso un influjo positivo sobre la lactancia mercenaria o artificial, los datos actuales demuestran que las preferencias del padre hacia la lactancia natural también tienen una influencia positiva sobre ésta. La percepción que tiene la embarazada de la actitud del padre y de la aprobación de éste respecto a la lactancia materna va asociada a una alta incidencia de ésta (un 98,1% frente a un 26,9% cuando el padre se muestra indiferente).

En 1999, el Comité de Lactancia Materna de las Asociación Española de Pediatría elaboró el "Informe Técnico sobre la lactancia materna en España", obtenido a través de una encuesta transversal realizada en 18 provincias;

entre ellas Cantabria, donde fueron sondeados 674 niños/as de los 10.487 incluidos/as en este estudio, que aportó los siguientes datos:

**TABLA I. Frecuencia de Lactancia Materna (exclusiva o suplementada) y de Lactancia Artificial (exclusiva)**

EDAD (MESES)	L. MATERNA (%)	L. ARTIFICIAL (%)	Nº NIÑOS/AS
0	84,2	15,8	10.487
1	77,6	22,4	9.244
2	65,8	34,2	7.989
3	54,9	45,1	6.953
4	42,1	57,9	5.743
5	33,2	66,8	5.064
6	24,8	75,2	3.950
7	19,1	80,9	3.339
8	15,1	84,9	2.270
9	11,6	88,4	1.838
10	10,7	89,3	1.063
11	9,9	90,1	606
12	7,2	92,8	276

Publicado en Anales Españoles de Pediatría, 1999;50:333-340

Otra fuente de conocimiento de la prevalencia de lactancia materna a nivel nacional se obtiene a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS). Esta encuesta bianual recoge la autopercepción que tiene la ciudadanía de su propio estado de salud, y tiene la ventaja de que la muestra que responde a la encuesta abarca la población en general, tanto la que acude al sistema sanitario como la que no. La ENS introdujo, desde 1995 en el cuestionario infantil, unas preguntas relativas a la duración de la lactancia materna (6 semanas, 3 y 6 meses) y aunque se pueda alegar una cierta imprecisión metodológica, los datos recogidos a lo largo de años anteriores se exponen en la siguiente tabla:

# PREVALENCIA

---



TABLA II. Lactancia natural, mixta o artificial según Encuestas Nacionales de Salud en España

TIPO DE LACTANCIA		1.995 (%)	1.997 (%)	2.001 (%)
6 SEMANAS	Natural	60,5	65,5	60,8
	Mixta	10,4	10,4	9,2
	Artificial	28	23,6	19,1
	N.C	1,1	0,5	10,8
3 MESES	Natural	37,4	43,8	42,4
	Mixta	16,8	14,3	16,0
	Artificial	44,7	41,0	30,7
	N.C	1,1	0,9	11
6 MESES	Natural	15,1	21,2	23,6
	Mixta	17,5	13,8	16,4
	Artificial	65,6	64,1	49,1
	N.C	1,8	0,9	10,9

En esta Tabla a través de los años se aprecia el mantenimiento de cifras similares de lactancia materna a las 6 semanas, el pequeño aunque progresivo incremento en los porcentajes de lactancia natural a los 3 y 6 meses, y el aparente descenso en la lactancia artificial en las 3 edades. Llama la atención la notoria multiplicación, hasta casi decuplicarse, de las preguntas no contestadas (N.C), sin justificación aparente.

Respecto a la última ENS llevada a cabo en 2003 los datos preliminares del análisis de las encuestas del primer semestre (Abril-Septiembre 2003), disponibles a finales de 2004, no incluyen las prevalencias de lactancia materna.

### 3.2. LACTANCIA MATERNA EN LOS HOSPITALES CON MATERNIDAD DE CANTABRIA.

La atención al parto en nuestra Comunidad se realiza en dos Hospitales públicos (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y Hospital Comarcal de Laredo) y en un Hospital privado (Clínica Mompía).

En el año 2003, se atendieron en Cantabria un total de 4.599 partos. De ellos, el 74,34% se produjeron en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; el 9,44% en el Hospital de Laredo y el 16,22% en la Clínica Mompía, de donde se deduce que ambos hospitales públicos atienden un 83,78 % del total de los partos que tienen lugar en la Comunidad Autónoma, siendo sus datos representativos, también, a nivel local.

En el mismo año 2003, los registros de prevalencia de lactancia materna al alta en los hospitales públicos con servicio de Maternidad de la Comunidad Autónoma muestran los datos que se adjuntan en el siguiente cuadro, debiendo tenerse en cuenta que los del Hospital de Laredo se refieren a "lactancia materna exclusiva" frente a los del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, que no especifican si la lactancia materna es exclusiva o se acompaña de lactancia artificial.

Tabla III. Lactancia materna hospitalaria al alta. 2003

CENTRO HOSPITALARIO	Nº DE PARTOS AÑO 2003	LACTANCIA MATERNA AL ALTA
HOSPITAL H.U.M. VALDECILLA*	3.267	84,08%
HOSPITAL COMARCAL LAREDO**	434	80%

\* Hospital H.U.M Valdecilla: Base de Datos Hospitalaria de Gestión de Pacientes. No especifica tipo de lactancia materna.

\*\* Hospital Comarcal de Laredo: Encuesta de Autoevaluación de los Hospitales para obtención del Certificado IHAN. Lactancia materna exclusiva.

Otras circunstancias que pudieran modificar, o dificultar, el inicio y mantenimiento de la lactancia materna en los primeros días postparto, y que habrán de ser consideradas en cuanto a la utilización de indicadores de prevalencia de L.M. en puérperas, quedan reflejadas en los siguientes indicadores asistenciales de la atención al parto en los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS):



---

PREVALENCIA

Tabla IV. Indicadores de atención al parto. 2003

INDICADORES AÑO 2003	H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA	H. COMARCAL DE LAREDO
Nº partos	3.267	434
Partos por cesárea	21,61%	26,5%
Partos pretérminos (<37 s.)	8,05%	3,7%
Recién nacidos <2.500 gr.	7,87%	2%
Partos múltiples	1,74%	0,2%
Partos con analgesia epidural	77,9%	65,8%
Acompañamiento de la mujer en el parto	74,5%	100%

(Plan de Salud para las Mujeres. Cantabria. 2004-2007. Fuente: SCS.)

Con respecto a las prácticas hospitalarias de lactancia materna en el centro-norte de España, de acuerdo con un estudio realizado en 1992, en el que se incluía nuestra Comunidad Autónoma, los resultados, publicados en el año 2000, concluían que las pautas se alejaban del cumplimiento del decálogo de "Hospital Amigo de los Niños (IHAN). Reflejaban que, de modo casi sistemático, a los neonatos se les ofrecían ayudas pacificantes, la puesta al pecho se realizaba mayoritariamente de modo tardío, no se favorecía la cohabitación madre-hijo o madre-hija y, con frecuencia, se establecían horarios rígidos de amamantamiento.

Desde entonces a la actualidad, estas prácticas hospitalarias se han ido modificando en Cantabria, habiendo solicitado recientemente el Hospital Comarcal de Laredo la obtención del certificado de IHAN y hallándose en fase de evaluación de dicha solicitud. Por su parte, el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla acaba de aprobar la Vía Clínica del Parto, en la que se revisan estas prácticas.

### 3.3. LACTANCIA MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE CANTABRIA.

Según datos de un estudio retrospectivo sobre 528 niños o niñas nacidos en el año 2000 en Cantabria, pertenecientes a los cupos de 10 pediatras

de Atención Primaria de los Centros de Salud Astillero, Camargo y Cazoña (Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo), el 79,1% de los lactantes que abandonan la Maternidad son alimentados con LM exclusiva, el 7,2% con LM mixta y el 13,7% restante con lactancia artificial. A los 3 meses el 65,7% continuaba con LM, pero esta cifra descendía hasta el 39,2% a los 6 meses y solo el 11% recibía LM al año de vida. La duración media de la lactancia materna. era de 4,8 meses, y en el caso de exclusiva de 2,8 meses (Comunicación oral presentada en el III Congreso de Lactancia Materna. Septiembre 2004).

El registro global más reciente del mantenimiento de la lactancia materna en Atención Primaria se obtuvo a partir de los datos de prevalencia de lactancia materna exclusiva en la Comunidad Autónoma, procedentes de un muestreo de historias auditadas en 2004 entre los niños o niñas que acudían al “Programa de Atención al niño/a sano” del Servicio Cántabro de Salud (SCS), en ambas Gerencias de Atención Primaria:

**TABLA V. Prevalencia de lactancia materna en Atención Primaria de Cantabria.**

PROCEDENCIA DE DATOS: 2004	LM 1 MES DE EDAD	LM 3 MESES DE EDAD
GAP Santander-Laredo (24 ZBS)	56,46%	33,11%
GAP Torrelavega- Reinosa (13 ZBS)	71%	46%

En este estudio no se reflejó la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses. Este hecho pudiera deberse a varias circunstancias de las que no tenemos constancia: o bien a no constatarse sistemáticamente en las historias clínicas el tipo de alimentación láctea a esta edad, o a ser realmente un porcentaje muy bajo el de madres trabajadoras lactantes a esta edad de su hijo/a. Estas abandonarían la lactancia tras la incorporación a su puesto de trabajo pasados los 4 meses de permiso maternal pero, aunque fuera por este y otros motivos, suponemos que si tanto las madres amas

de casa como las trabajadoras, en menor grado, mantienen este tipo de lactancia natural éste debe ser recogido en la historia al ser uno de los objetivos de la OMS el mantener la lactancia natural exclusiva durante 6 meses.

El estudio tampoco especificó si la lactancia materna se refería a lactancia exclusiva, predominante o complementada con leche no humana. Todo ello evidencia la necesidad de valorar con mayor precisión estos datos en un futuro, para disponer así de un mejor conocimiento de la situación de base y poder hacer comparaciones con otros estudios siguiendo las definiciones de la OMS.

### 3.4. SITUACIÓN GLOBAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN CANTABRIA

Una evaluación global a la vista de estos registros hospitalarios y extrahospitalarios de la Comunidad es que, considerando la comparación de datos disponibles de lactancia materna al alta hospitalaria del año 2003 (~ 80%) con los de lactancia a los 3 meses en Atención Primaria del año 2004 (~ 40% de media), se observa el progresivo abandono de las madres de la lactancia natural a lo largo de los 3 primeros meses de vida del bebe, de forma que el mencionado abandono podría alcanzar hasta el 50 % de las mujeres que daban el pecho al alta.

Estos datos reflejan la necesidad de articular medidas tendentes a incrementar el inicio de la lactancia materna y a evitar, en la medida de lo posible y respetando siempre la voluntad materna, el abandono de la misma, utilizando para ello la información y el aprendizaje de técnicas de amamantamiento, tanto de las madres como del personal sanitario que las atiende.

En cuanto a la motivación de los/as profesionales de la salud con la lactancia materna en nuestra Comunidad Autónoma, cabe señalar que, a iniciativa de los mismos, se han desarrollado en los últimos años, entre otras, las siguientes actividades de promoción de la lactancia en el ámbito sanitario:



- **Cursos I (mañanas) y II (tardes) de “Lactancia Materna.** De la Teoría a la Práctica” de 20 horas de duración cada uno (organizado por la Dirección Regional de Sanidad en colaboración con la Asociación Catalana pro Lactancia Materna). 21 al 25 de abril de 1997.
- **Curso de “Promoción de la Lactancia Materna en Atención Primaria”** (organizado por U. Formación de la Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo, la Dirección General de Sanidad de Cantabria y reconocido por IHAN impartido en el C.S. “Dávila”) en el que participaron 27 profesionales sanitarios con una duración de 18 horas. 30 noviembre a 4 diciembre 1998.
- **Charlas sobre lactancia materna en los Cursos de Asistencia Primaria en Pediatría** (organizados por la Consejería de Sanidad y S. Sociales en colaboración con el antiguo INSALUD, actual Servicio Cántabro de Salud y el Dpto. de Ciencias Médicas y Quirúrgicas de la Universidad de Cantabria): III Curso de Asistencia Primaria en Pediatría. 1987 “Lactancia materna: Aspectos prácticos”, Dr. A. G. Aledo; VIII Curso de Asistencia Primaria en Pediatría. 1992 “Preparación prenatal y apoyo postnatal para la lactancia materna”, Dra. R. Quintana; y XVIII Curso de Asistencia Primaria en Pediatría. 2000 “Fármacos y lactancia materna”, Dr. A. Rollán.
- **Curso de “Actualización en Lactancia Materna para Atención Primaria”** (organizado por la Unidad docente de la Gerencia de Atención Primaria Torrelavega-Reinosa en colaboración con la Asociación de Apoyo a la LM “La Buena Leche” e impartido en el C.S. “Covadonga”) en el que participaron 30 profesionales con una duración de 10 horas. 21 y 22 de octubre de 2002.
- **“Curso de Capacitación en Lactancia Materna”** en el Hospital Laredo destinado al personal sanitario de Pediatría y Matronas del Hospital y de Atención Primaria del área sanitaria, de 20 horas de duración. 27 al 29 de abril 2004.

- **III Congreso Español de Lactancia Materna.** 30 de septiembre a 2 de octubre de 2004.

En esta línea de fomento de la lactancia materna, el Parlamento de Cantabria instó, el 28 de junio de 2004 al Gobierno Regional, a que se procediese a elaborar un Plan de Humanización de la Atención al Parto y al Nacimiento, siguiendo las recomendaciones contenidas en la Declaración de Fortaleza de la OMS sobre derechos de la mujer embarazada y el recién nacido, y a que, en los hospitales del SCS donde se realiza la atención al parto, se adoptasen las recomendaciones “Diez pasos para una lactancia feliz”, de la OMS y la UNICEF.

## 4. OBJETIVOS DEL PLAN

Del análisis efectuado en las madres de Cantabria sobre el estado de la lactancia materna, se desprende la necesidad de señalar objetivos dirigidos a sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la lactancia materna, y a incrementar la prevalencia en su inicio y mantenimiento. Estos objetivos deben de seguir unos criterios de actuación unificados respecto a la lactancia materna, tanto en los servicios de maternidad públicos de la Comunidad Autónoma como en las consultas de medicina de familia, obstetricia y pediatría, sin olvidar la estrecha colaboración entre éstos y los grupos de apoyo a la lactancia.

### OBJETIVOS GENERALES

- Sensibilizar a la población general en la protección y promoción de la lactancia materna.
- Apoyar el inicio de la lactancia materna en los Hospitales Públicos con Servicio de Maternidad de nuestra Comunidad y facilitar la adopción en los mismos de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”, garantizando en todo momento el respeto a las mujeres que deciden no amamantar.
- Contribuir al mantenimiento de la lactancia materna desde los Centros de Atención Primaria.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.0. Incrementar la educación en lactancia materna de la población general a través de actuaciones dirigidas a los medios de difusión, al estamento docente, etc.

4.1. Informar del Plan al 100% de los/as profesionales sanitarios implicados en la lactancia materna (gerentes, direcciones médicas y de enfermería, médicos y médicas de familia, obstetras, matronas, pediatras, personal de enfermería y Servicios de Urgencias).

4.2. Establecer la formación en lactancia materna del personal sanitario antes mencionado a lo largo de la vigencia del Plan.

4.3. Promover la elaboración y difusión de los materiales de educación sanitaria del Plan.

4.4. Ofrecer a todas las embarazadas de Cantabria, en sus controles prenatales, información, oral y escrita, de apoyo a la lactancia materna.

4.5. Adecuar las rutinas hospitalarias al decálogo hacia una lactancia feliz, de la OMS y UNICEF, y conseguir que los hospitales públicos de Cantabria con servicio materno-infantil dispongan de una política de actuación, basada en el decálogo que sea conocida y cumplida por todo el personal relacionado con la asistencia obstétrica y pediátrica y a partir de ella, a través de diferentes normas, alcanzar los siguientes objetivos:

- Poner al pecho a todos los recién nacidos y recién nacidas sin patología evidente en los primeros 30 minutos de vida, no ofrecer chupetes, tetinas, sueros ni leche artificial durante su estancia en el Hospital, salvo indicación médica.
- Favorecer la cohabitación madre-hijo/a desde el nacimiento y durante toda su estancia en el Hospital.
- Conseguir que 80% de las puérperas con recién nacidos, sin patología evidente o sanos, abandonen el hospital con lactancia materna exclusiva.

4.6. Fomentar y asesorar la obtención del certificado de Iniciativa Hospital Amigo de los Niños por parte de los Hospitales públicos con atención al parto en la Comunidad de Cantabria.

4.7. Obtener en Atención Primaria los siguientes porcentajes de lactancia materna “predominante”: 65% al mes, 40 % a los 3 meses, y 10% a los 6 meses.

4.8. Obtener en Atención Primaria los siguientes porcentajes de lactancia materna “complementaria”: 12% al mes, 25 % a los 3 meses, 40% a los 6 meses y 10% a los 12 meses.

## OBJETIVO 4.0.

**INCREMENTAR LA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DE LA POBLACIÓN GENERAL A TRAVÉS DE ACTUACIONES DIRIGIDAS A LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN, ESTAMENTO DOCENTE, ETC.**

### Actividades.

- Ofrecer información sanitaria a la población general sobre las ventajas de la lactancia materna a través de la televisión, prensa, radio, etc.
- Incrementar la educación sanitaria sobre lactancia materna en el medio escolar y preescolar a través de la colaboración con la Consejería de Educación.
- Ofrecer información sanitaria sobre lactancia materna a los monitores de lactancia materna de los grupos de apoyo.

### Criterios de evaluación e indicadores.

- Intervenciones de todo tipo realizadas en los medios de comunicación de Cantabria sobre lactancia materna dirigidas al público en general.
- Colegios de Cantabria en que se ha realizado alguna actividad encaminada a sensibilizar sobre la importancia de la lactancia materna.
- Cursos realizados en que la matrícula estuvo abierta a monitores y monitoras de los grupos de apoyo.

## OBJETIVO 4.1.

### INFORMAR DEL PLAN A LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS IMPLICADOS/AS EN LA LACTANCIA

El Plan de Fomento de la Lactancia Materna (PFLM), sus objetivos y actividades, deberán darse a conocer entre los/as siguientes profesionales de la sanidad:

1. Médicos/as de familia, matronas, pediatras y personal de enfermería de Atención Primaria de Cantabria.
2. Obstetras, matronas, pediatras y personal de enfermería del área de puerperio y pediatría en los Hospitales de Cantabria, públicos y privados con servicio de Maternidad.
3. Personal de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria y Servicios de Urgencia ginecoobstétrica de los hospitales.

#### Actividades.

- Las Gerencias de Atención Primaria y Especializada facilitarán periódicamente las bases de datos de sus profesionales sanitarios implicados en la lactancia.
- Elaborar una carta informativa sobre el Plan de Fomento de la Lactancia Materna dirigida a los profesionales anteriormente citados.
- Invitarles a su asistencia a los cursos de formación sobre lactancia materna.
- Distribuir el material formativo sobre lactancia, ya existente o elaborado al efecto, entre dichos profesionales.

#### Criterios de evaluación e indicadores.

- Porcentaje de profesionales de la sanidad implicados/as en la LM en Atención Primaria, en sus diferentes especialidades, que reciben la información del PFLM.



- Porcentaje de profesionales de la sanidad implicados/as en la LM en Atención Especializada, en sus diferentes especialidades, que reciben la información del PFLM.

#### OBJETIVO 4.2.

### ESTABLECER LA FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA DEL PERSONAL SANITARIO

#### Actividades.

Para el personal de Atención Primaria implicado: Ofertar la asistencia a un curso de formación sobre apoyo a la lactancia materna durante el embarazo y en el posparto.

- Para el personal hospitalario de Atención Especializada implicado: Ofrecer la asistencia a un curso de formación sobre apoyo, en el ámbito hospitalario, al inicio de la lactancia materna y su mantenimiento.
- Favorecer desde el Sistema Público de Salud la asistencia a estos cursos de formación.
- Los cursos de formación tendrán un contenido fuertemente práctico y, siguiendo las recomendaciones de la IHAN, su duración deberá ser, como mínimo, de 18 horas y, preferentemente, de mayor duración, como el curso de 40 horas de la OMS y UNICEF.
- Establecer rotaciones de prácticas en servicios que fomenten la lactancia materna.
- Proponer líneas de actuación para que se incluya en los programas de docencia del personal sanitario, tanto de pregrado como de postgrado, de formación en lactancia materna.
- Incluir la promoción de la lactancia materna en la Formación Continuada de la Atención Primaria y Especializada.

## Criterios de evaluación e indicadores.

- Oferta de cursos anuales, horarios, contenido y evaluación de los mismos.
- Porcentaje de personal sanitario de Atención Primaria implicado en la LM, en sus diferentes especialidades, que realiza el curso de formación.
- Porcentaje de personal sanitario de Atención Especializada implicado en la LM, en sus diferentes especialidades, que realiza el curso de formación.

## OBJETIVO 4.3.

---

### PROMOVER LA ELABORACION Y DIFUSION DE LOS MATERIALES DE EDUCACIÓN SANITARIA DEL PLAN

#### Actividades.

- Promover la elaboración de folletos y carteles divulgativos sobre la lactancia materna destinados a las embarazadas y madres lactantes.
- Reeditar con la periodicidad necesaria el material de educación sanitaria, ya existente, sobre lactancia materna destinado a las embarazadas y madres lactantes.
- Promover la elaboración de Guías y/o Protocolos de actuación en lactancia materna para profesionales.
- Distribuir el material ya editado de guías de lactancia materna para profesionales
- Distribuir el material de educación sanitaria para embarazadas y madres lactantes a los Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria.
- Distribuir el material de educación sanitaria a los Hospitales públicos con atención al parto de Cantabria.

### Criterios de evaluación e indicadores.

- Número de folletos y carteles sobre lactancia materna editados y distribuidos cada año.
- Número de libros sobre lactancia editados y distribuidos entre madres cada año.
- Numero de guías y/o protocolos sobre lactancia materna para profesionales distribuidos.

### OBJETIVO 4.4.

#### OFRECER A TODAS LAS EMBARAZADAS DE CANTABRIA, EN SUS CONTROLES PRENATALES, INFORMACIÓN ORAL Y ESCRITA DE LA LACTANCIA MATERNA

#### Actividades

- Incluir, en las Normas Técnicas Mínimas del Subprograma de Control de Embarazo y Educación Maternal de ambas Gerencias de Atención Primaria, la oferta de información verbal y entrega de folleto sobre las ventajas de la lactancia materna durante la visita de captación, antes de la duodécima semana de gestación, de seguimiento del embarazo de forma individual y/o colectiva en el grupo de preparación al parto.
- Preguntar a la gestante, en la siguiente visita de control, por su intención de futuro amamantamiento, anotando también las preferencias de su pareja sobre el tipo de alimentación de su futuro hijo/a. En cualquier caso, respetar la voluntad materna si su decisión es la de no amamantar.
- Valorar la posibilidad de ofertar a los futuros padres una visita prenatal al especialista en pediatría que atenderá a su hijo/a para tratar este tema.

## Criterios de evaluación e indicadores.

- Porcentaje de embarazadas captadas que recibieron consejo sanitario e información escrita sobre lactancia natural en su primer control.
- Porcentaje de embarazadas captadas cuya intención de amamantar figura recogida en un registro específico de su historia.
- Porcentaje de embarazadas que acudieron a una visita prenatal con Pediatría.

## OBJETIVO 4.5.

ADECUAR LAS RUTINAS HOSPITALARIAS AL DECÁLOGO HACIA UNA LACTANCIA FELIZ, DE LA OMS Y UNICEF, Y CONSEGUIR QUE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE CANTABRIA CON SERVICIO MATERNO-INFANTIL DISPONGAN DE UNA POLÍTICA DE ACTUACIÓN (basada en el decálogo) QUE SEA APLICADA POR TODO EL PERSONAL RELACIONADO CON LA ASISTENCIA OBSTÉTRICA Y PEDIÁTRICA.

En 1998, la OMS publicó el documento “Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, que refrendaba la evidencia científica del documento elaborado, en 1989, por la OMS y UNICEF sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”. En él se delineaban los siguientes “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, que son asumidos íntegramente por el presente PFLM:

### Paso 1.

Disponer, por escrito, de una política relativa a la lactancia natural que, sistemáticamente, se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud.

Es importante diferenciar política escrita, es decir la proposición de los objetivos que deben ser conseguidos por todo el personal, y las normas escritas que ofrecen la forma de llevar a cabo dicha política.



## Paso 2.

Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.

Estos dos primeros pasos, muy relacionados entre sí, requieren de un cumplimiento necesario para la aplicación de todos los demás, ya que la experiencia demuestra que sin normas estrictas y una buena capacitación del personal, tanto del fijo como del contratado, resulta imposible modificar las prácticas hospitalarias.

## Paso 3.

Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

La eficacia de este paso ha quedado demostrada por la utilidad de la educación prenatal, sobre todo en primíparas, si se aborda la técnica de la lactancia y se refuerza la confianza materna en su propia capacidad de amamantamiento

## Paso 4.

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

Se recomienda que la madre coloque al bebé sobre su pecho, favoreciendo el contacto piel con piel, en todos los casos en que las condiciones maternas y del neonato lo permitan, que, afortunadamente, son la mayoría.

## Paso 5.

Enseñar a las madres cómo dar de mamar al bebé y cómo mantener la lactancia, incluso si han de separarse de él.

Dar de mamar es una capacidad que, como otras actividades, requiere aprender la técnica y que, en caso de que los protagonistas sean separados, por razones patológicas, habrá que enseñar a la madre cómo extraerse la leche, de forma manual o con bomba, para que se mantenga la lactancia y sirva de alimento para su hijo/a.

### Paso 6.

No dar a recién nacidos/as más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado.

Recordar que una exposición precoz a la leche de vaca puede constituir el episodio sensibilizante de una posterior alergia a proteínas de vaca. En cuanto a los/las pretérminos, puede valorarse su amamantamiento, incluso con 32-34 semanas de gestación. En los casos en que no puedan mamar, muchos podrán ser, total o parcialmente, alimentados con leche materna extraída.

### Paso 7.

Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos/as durante las 24 horas del día.

Esta cohabitación es necesaria para todos los recién nacidos sanos y sus madres, independientemente de la forma de alimentación adoptada, ya que refuerza el vínculo afectivo madre-hijo/a, ayuda a la madre a reconocer, corregir y atender su llanto (el recién nacido o la recién nacida llora más en la sala cuna y no encuentra respuesta tan a menudo como oferta su madre), permite la lactancia materna a demanda, mejora el sueño del niño o de la niña, etc.

Para respetar lo más posible la intimidad de la madre, regular la entrada de visitas en las habitaciones de puérperas que den lactancia materna al mínimo que cada hospital tenga establecido.

### Paso 8.

Fomentar la lactancia natural a demanda.

Las rutinas alimentarias de los bebés son muy variables, tanto en cuanto a frecuencia de las tomas como a su duración, por lo que intentar horarios rígidos con limitación de duración de las tomas, puede poner en riesgo el éxito del amamantamiento.

## Paso 9.

No dar a los niños/as alimentados al pecho tetinas o chupetes.

Las tetinas de los biberones y los chupetes requieren de unos mecanismos de succión diferentes a los empleados en la succión del pezón, por lo que pueden originar confusión en el bebé e interferir la lactancia. La alternativa a las tetinas de vasos, cucharas, jeringas y cuentagotas debe valorarse en cada caso (en los pretérminos, el uso de vaso se asocia a mayores probabilidades de continuar la lactancia que cuando se usa un biberón con tetina). En cuanto a los chupetes, el no usarlos se asocia, estadísticamente, a porcentajes de lactancia natural más elevados y su uso se ha relacionado con la maloclusión dentaria, y mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente, puede ocasionar sofocación con partes sueltas del dispositivo y, finalmente, determinados componentes utilizados en su fabricación tienen potencial cancerígeno.

## 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.

Todas las madres lactantes deberían recibir información sobre cómo solventar, si surgen, los problemas de la lactancia a través del personal sanitario de los centros de salud, grupos de madres, voluntarios, etc. Para ello deben de contar con teléfonos, direcciones, lugares y fechas de reunión, etc.

Finalmente, hay que recordar que los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural deben de aplicarse conjuntamente, no debiendo esperarse eficacia de su aplicación de forma aislada o parcial.

## Actividades

- Elaborar la política respecto a la lactancia natural y las normas escritas dirigidas al cumplimiento del Decálogo de los Pasos hacia una feliz lactancia.



# OBJETIVOS

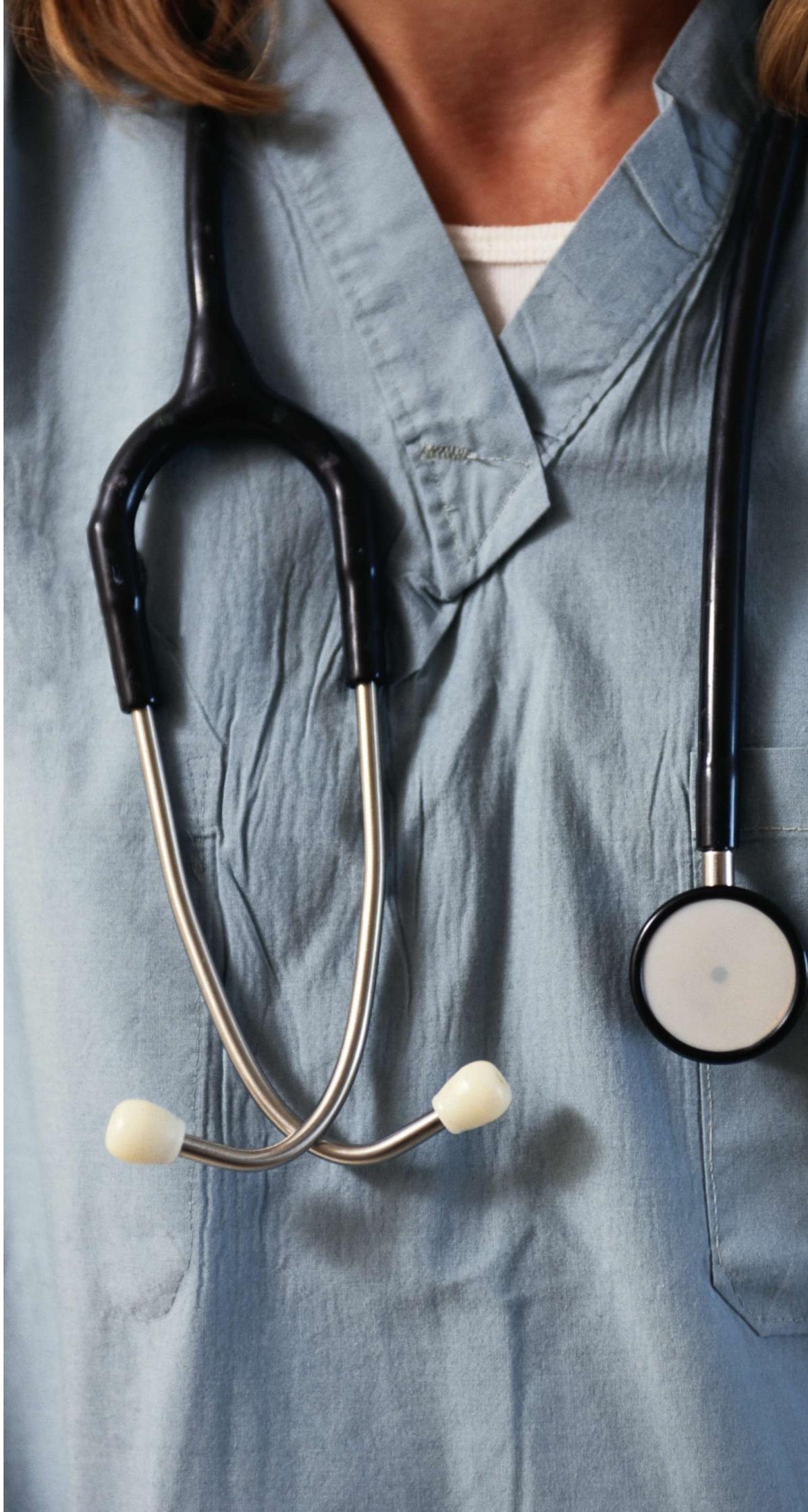
- Formar y acreditar al personal sanitario hospitalario implicado en la lactancia.
- Considerar las plantas de Maternidad como un Servicio especial.
- Informar sobre la lactancia a las embarazadas que se controlan a nivel hospitalario.
- Conseguir que todos los recién nacidos de parto normal sin patología evidente se pongan al pecho en los primeros 30 minutos de vida.
- No ofrecerles chupetes, tetinas, sueros ni leche artificial durante su estancia en el Hospital.
- Favorecer la cohabitación madre-recién nacido/a durante toda su estancia en el Hospital. Además, y dentro de lo posible, se evitará que madres que dan lactancia materna estén en la misma habitación que aquellas madres que han decidido dar lactancia artificial.
- No separar al recién nacido “sano” con algún factor de riesgo de su madre sólo para procedimientos que puedan realizarse sin separarles (toma de muestras analíticas y espera de sus resultados, ecografías, estudios posteriores al nacimiento).
- Fomentar la lactancia a demanda.
- Cuando el alojamiento conjunto de madre e hijo/a no sea posible por enfermedad de alguno de ellos, y salvo contraindicación médica, enseñar técnicas de extracción de la leche a la madre y en el caso de los/as pretérminos, posibilitar la práctica del método de la madre canguro (probado en mayores de 27 semanas de gestación).
- Conseguir que 80% de las puérperas con recién nacidos, sin patología evidente o sanos, abandonen el hospital con lactancia materna exclusiva.
- Ofrecer asesoramiento a la madre a su alta hospitalaria sobre cómo

contactar con el personal sanitario, grupos de apoyo maternos, etc., ante cualquier duda o problema con la lactancia.

- No indicar de forma rutinaria una leche artificial en tarjeta o informe de alta de las madres-bebés con lactancia materna.
- Los lactantes hospitalizados posteriormente a su alta tienen derecho a permanecer con sus madres y, siempre que su patología lo permita, ser amamantados si así lo hacían antes del ingreso. Si el lactante requiriese cirugía, los períodos de ayuno pre y postanestesia pueden ser más cortos dada la mejor digestibilidad de la leche materna. Fomentar en estos casos que el hospital financie la manutención y estancia de la madre mientras dure el ingreso del bebé.

#### Criterios de evaluación e indicadores.

- Número de Hospitales públicos de la Comunidad Autónoma, con atención al parto, que tienen la norma escrita.
- Porcentaje de recién nacidos a los que no se les ofrece tetinas ni chupetes ni lactancia artificial.
- Porcentaje de madres que practican el alojamiento conjunto con sus recién nacidos durante toda su estancia.
- Porcentaje de puérperas o recién nacidos con lactancia materna predominante al alta.
- Hospitales de Cantabria que tienen programa de financiación de la manutención y estancia de la madre mientras dure el ingreso del bebé.



#### OBJETIVO 4.6.

FOMENTAR Y ASESORAR LA OBTENCIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS POR PARTE DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS CON ASISTENCIA AL PARTO EN LA COMUNIDAD .

##### Actividades.

- Todas las actividades marcadas en los objetivos anteriormente expuestos irán dirigidas a propiciar la satisfacción de los recursos necesarios para la obtención de la acreditación IHAN por los hospitales públicos, tanto para los que ya la han solicitado como para los que se hallan en vías de iniciar los primeros pasos para su obtención.

##### Criterios de evaluación e indicadores.

- Hospitales públicos que solicitan el certificado IHAN.
- Hospitales públicos que reciben el certificado IHAN.

#### OBJETIVOS 4.7 Y 4.8.

OBTENER EN ATENCIÓN PRIMARIA LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE LACTANCIA MATERNA “PREDOMINANTE”: 65% AL MES, 40 % A LOS 3 MESES, Y 10% A LOS 6 MESES; Y LOS SIGUIENTES PORCENTAJES DE LACTANCIA MATERNA “COMPLEMENTARIA”: 12% AL MES, 25 % A LOS 3 MESES, 40% A LOS 6 MESES Y 10% A LOS 12 MESES.

##### Actividades

- Introducir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria normas técnicas que promuevan la lactancia materna, tanto en los servicios dirigidos a la gestante, como a la madre y al lactante: captación y valoración de la embarazada, seguimiento del embarazo, preparación al parto y revisiones del niño/a sano/a. Estas normas técnicas serán elaboradas por un grupo

de trabajo formado por profesionales de Atención Primaria.

- Modificar el sistema informático OMI-AP en su apartado de lactancia materna, de forma que permita recoger: intención de lactancia materna en visita prenatal, lactancia materna en postparto, lactancia materna “exclusiva”, “predominante”, y “complementaria” a las edades de 1, 3, 6 y 12 meses; el “destete natural” como causa de abandono; y la posibilidad de que el destete ocurra más allá de los 2 años.
- Transmitir confianza a la madre en su capacidad de amamantar, siendo esta una tarea fundamental del personal sanitario implicado.
- Recomendar lactancia materna predominante durante 6 meses, seguida de la introducción de alimentos complementarios, y la continuación de la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS).
- Atender a los cuidados y posibles problemas de la madre (alimentación y ejercicio, cuidados de los pechos, prevención y tratamiento de grietas, retenciones lácteas o mastitis, reanudación de la actividad sexual y anticoncepción, lactancia e incorporación al trabajo, situaciones especiales de patología, etc.).
- Atender a los cuidados y problemas del lactante (observación-evaluación de alguna toma, no usar chupetes ni tetinas, el bebé que no come o no queda satisfecho o no gana peso, dificultades en el sueño, llanto y cólicos, etc.).

## Criterios de evaluación e indicadores.

- Porcentaje de lactantes con lactancia materna predominante al mes de edad, a los 3 y 6 meses de edad.
- Porcentaje de lactantes con lactancia materna complementaria al mes, a los 3, 6 y 12 meses de edad.



## 5. OTRAS ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN

Para alcanzar el objetivo general de aumento en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna junto a los objetivos específicos anteriormente expuestos, dirigidos en su mayoría al personal sanitario, será necesario insistir en el cumplimiento de actuaciones elaboradas por otros organismos con implicaciones en este tema:

- Incrementando la educación en lactancia materna de la población general a través del estamento docente, medios de difusión, etc.
- Aplicando y ampliando la legislación laboral con respecto a las madres lactantes en los aspectos que se requieran.
- Aplicando el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de la Salud, cuyos once artículos contienen los requisitos mínimos que deberían adoptarse para proteger la vulnerabilidad de los lactantes respecto a las prácticas inadecuadas de alimentación. La siguiente revisión ofrece un resumen de sus principales contenidos:
  - **Artículo 4.2.** Los materiales educativos para gestantes o madres de lactantes deberán incluir: efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón, (...) información sobre los riesgos para la salud del uso innecesario de los sucedáneos ...

Estos materiales educativos serán diferentes para las madres que ya han decidido definitivamente no dar el pecho, con objeto de respetar su decisión y no crear sentimientos de culpa.

- **Artículo 5.1.** Los sucedáneos no pueden ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público en general.

- **Artículo 5.2.** Los fabricantes no pueden proporcionar muestras gratuitas, directa o indirectamente, a las gestantes, a las madres o a sus familias.
- **Artículo 6.3.** Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exponer carteles relacionados con los sucedáneos o distribuir material fabricado por un fabricante o distribuidor.
- **Artículo 7.3.** Los fabricantes no deben ofrecer incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a sus familias y éstos no deben aceptarlos.
- **Artículo 7.4.** Los fabricantes no pueden facilitar, a los agentes de salud, muestras de sucedáneos de leche materna.
- **Artículo 9.2.** Las etiquetas de los envases no deben contener imágenes de lactantes ni otras imágenes que idealicen la utilización de estos preparados.
- **Artículo 11.2.** La vigilancia de la aplicación del Código corresponde a los gobiernos. Los grupos de profesionales deben colaborar con los gobiernos a este fin.

En este extremo se insistirá especialmente en que en los puntos de venta de sucedáneos de lactancia materna no se utilicen términos como “leche maternizada” u otros que pueden inducir a error.

## 6. FINANCIACIÓN

La financiación de las actividades en el año 2006, se realizará mediante:

A) Los recursos humanos y materiales ya existentes en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en el Servicio Cántabro de Salud.

B) La Partida Presupuestaria de 15.000 euros asignada al Plan por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en su Dirección General de Salud Pública y recogida en el Proyecto de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Cantabria del año 2006. Dicha partida presupuestaria estará destinada a:

1. La elaboración y difusión de material divulgativo de apoyo a la lactancia materna.
2. La organización de los cursos de formación para sanitarios.
3. Otros gastos que pudieran derivarse de las diferentes actividades.



## 7. EVALUACIÓN

La evaluación del PFLM se llevará a cabo de forma anual y se elaborará la correspondiente Memoria, en la que se reflejarán las actuaciones realizadas, los posibles cambios en determinadas directrices que pudieran variar a lo largo del desarrollo del PFLM y el grado de cumplimiento de los distintos objetivos a través de sus indicadores.

## 8. COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN

Las diferentes actuaciones del PFLM se centrarán en el establecimiento de unos criterios unificados sobre lactancia materna en las consultas de medicina de familia, en las de obstetricia, en los servicios de maternidad y en las consultas de pediatría de la Comunidad Autónoma. Esta unificación de criterios requiere la colaboración y coordinación entre los servicios de maternidad, los centros de Atención Primaria y los grupos de apoyo a la lactancia materna.

Todo ello exige la constitución de un Grupo de Trabajo, integrado por representantes de esta Dirección General de Salud Pública y de los ámbitos anteriormente mencionados, con especial implicación en el tema de la lactancia materna, para establecer las oportunas estrategias y toma de decisiones:

### POR LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES:

- El Director General de Salud Pública.
- Técnicos de la Dirección General de Salud Pública.

#### POR EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD:

- Representantes de la Atención Especializada en los Servicios de Obstetricia y Pediatría.
- Representantes de la Atención Primaria.

#### POR EL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA.

- Representante de dicho Comité en nuestra Comunidad.

#### POR LA ASOCIACIÓN DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA y UNICEF.

- Representante de la Asociación “La Buena Leche” y UNICEF.

#### CLÍNICA MOMPIA.

- Representante de este Hospital privado.

De cada uno de ellos se nombrarán los Servicios y/o personas responsables de organizar y coordinar las actividades para el adecuado funcionamiento del PFLM.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Código Internacional de Comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra 1981.
- OMS-UNICEF. Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. La función especial de los servicios de maternidad (Una declaración conjunta OMS/UNICEF). Ginebra. 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, US AGENCY OF INTERNATIONAL DEVELOPMENT, AND THE SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT AUTHORITY: Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. New York, UNICEF, Nutrition Section. 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an Informal Meeting. Ginebra 11-12 June 1991.
- INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑO 1992.
- ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES. Lactancia Materna: Manual para profesionales. 2ª ed.. ACPAM 1994.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pruebas científicas de los diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra 1998.
- COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA: Informe Técnico sobre la lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría, 1999. Vol. 50: 333-340.
- COMITÉ DE ESTÁNDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGÍA. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anales Españoles de Pediatría 2001, vol. 55, (2),: 141-145.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 16 de abril de 2002. Nutrición del lactante y del niño pequeño.
- CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES. GOBIERNO DE CANTABRIA. La lactancia materna: Un reto personal. M.L. Ramos. 4ª ed. 2003.
- ASOCIACION ESPAÑOLA DE PEDIATRIA. COMITÉ DE ESTANDARES Y JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal Anales Españoles de Pediatría 2004, vol. 60 (1): 56-64.
- COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA.: Lactancia Materna: Guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5. Madrid 2004.
- PROYECTO DE LA UE SOBRE LA PROMOCION DE LA LACTANCIA EN EUROPA. Protección, promoción y apoyo de Lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos. Luxemburgo 2004.
- III CONGRESO ESPAÑOL DE LACTANCIA MATERNA. Libro de actas. Santander 30 septiembre/2 de octubre 2004.
- Uso del chupete y duración breve de la lactancia materna: ¿causa, consecuencia o coincidencia? C.Gomes, D.Pareja, F. Celso y col. Pediatrics 1997; 43 (3): 183-192.
- Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. L.M.Barriuso, F. Sánchez-Valverde. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 1998; 21 (3).

- Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. L.Barriuso, F. Sánchez.Valverde, C. Romero y JC Vitoria. Anales Españoles de Pediatría 2000,52 (3): 225-231.
- Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. M.C. Tembory. Anales Españoles de Pediatría 2003, 58 (3): 263-267.
- XUNTA DE GALICIA. Plan de Salud de Galicia 2002-2005.
- ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD 1995, 1997, 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- AVANCE DE RESULTADOS DE LA E.N.S. ABRIL-SEPTIEMBRE 2003. Datos provisionales a finales de 2004.
- Real Decreto 72/1998, por el que se aprueba la reglamentación técnico sanitario específica de los preparados para los lactantes y preparados de continuación.
- Orden Foral 4/2004, de 28 de enero, de la Consejera de Salud, por la que se establece la Comisión Asesora Técnica para la Promoción de la Lactancia Materna en Navarra.
- “Breastfeeding and the Use of Human Milk” American Academy of Pediatrics.. Pediatrics, vol. 115, 2. Feb 2005.496-506.
- “The decision to breastfeed. The importance of father’s approval. Clin Pediatr (Phila) 1994 Apr; 33 (4): 214-9.
- Plan de Salud para las Mujeres. Cantabria. 2004-2007. Fuente: SCS.

## COORDINADORA DEL PLAN

- **Carmen Bonilla Miera.**  
Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

## MIEMBROS DEL GRUPO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

- **Dra. Carmen Bonilla Miera.**  
Técnica Superior. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
- **Dr. Javier Gómez-Ullate Vergara.**  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)
- **Dr. José Ramón de Miguel Sesmero.**  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)
- **Dña. Teresa Boix.**  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV)
- **Dra. María José Lozano de la Torre.**  
Comité de Lactancia Materna de la AEP
- **Dr. Víctor Canduela.**  
Hospital de Laredo
- **Dra. Raquel Martínez del Olmo.**  
Hospital de Laredo
- **Dña. Asunción Azofra.**  
Hospital de Laredo
- **Dra. Susana Fernández Iglesias.**  
Servicio Cántabro de Salud
- **Dra. Belén Martínez-Herrera Merino.**  
Centro de Salud Cazoña. Gerencia Atención Primaria Santander-Laredo
- **Dra. Carmen Muruzabal Sitges.**  
Centro de Salud Altamira. Gerencia Atención Primaria Torrelavega-Reinosa.

- **Dña. Yolanda Martín Seco.**  
Centro de Salud Puertochico. Gerencia Atención Primaria Santander-Laredo
- **Dña. Yolanda Rodríguez Gómez.**  
Centro de Salud Suances. Gerencia Atención Primaria Torrelavega-Reinosa
- **Dña. Montserrat Torres Molleda.**  
Clínica Mompía
- **Dña. M<sup>a</sup> Luisa Ramos Sainz.**  
Asociación de Apoyo a la Lactancia Materna “La Buena Leche” y UNICEF
- **Dr. Federico Talledo.**  
SEMFYC de Cantabria
- **Dña. M<sup>a</sup> Jesús Rodríguez López.**  
Hospital Cantabria