

Efecto de las medidas de protección de la lactancia materna sobre sus tasas al alta en una unidad de neonatología de tercer nivel

Effect of measures to protect breastfeeding described by high rates in a third-level neonatology unit

Sánchez Ansede, Alba; Moreno Moreno, Lidia; Linares Ocampo, Paula; Fernández Pombo, Carmen Neri; Sancho García, Leonor; Ávila Álvarez, Alejandro; Eiriz Barbeito, Dolores

Unidad de Neonatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Recibido: 14/junio/2019. Aceptado: 5/marzo/2020.

RESUMEN

Introducción: Proteger la lactancia de aquellas madres con deseo de lactar garantiza mejores resultados de salud en el neonato tanto a corto como a largo plazo.

Objetivos: Conocer el efecto de las medidas de protección de Lactancia Materna (LM) sobre la tasa de la LM exclusiva al alta y el perfil relacionado.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en una Unidad de Neonatología de Tercer Nivel. Se dispuso de una muestra de 171 neonatos reclutados desde el 26 de enero de 2017 y el 20 de julio de 2018. Criterios de inclusión: deseo expreso de la madre de lactar reflejado en la hoja de Partos y la existencia de la Ficha de LM del neonato de la Unidad. Se aplicó el test Chi-cuadrado de Pearson y la *t* de *Student* según correspondiera, considerándose un valor significativo de $p < 0,05$.

Resultados: La incidencia de LM exclusiva (LME) fue del 63,8% (54,4% administración directa o al pecho y el 9,4% administración diferida mediante jeringa, como método de no interferencia, o biberón. El 10,5% ofreció leche de fórmula y el 25,7% lactancia mixta (LM no exclusiva – LMNE). Como factores relacionados en la instauración de LME hubo mayor

incidencia de ésta en los neonatos procedentes del domicilio frente a los ingresados desde partos (25,8% vs 9,7%, $p = 0,012$); en los prematuros mayores de 32 semanas frente a los menores (71% vs. 29%, $p = 0,044$).

Discusión: Asumimos que el 10,5% de las madres que ofrecieron leche de fórmula exclusiva revocaron expresamente su deseo de lactar. Sin embargo, un 25,7% de madres no consiguieron cubrir las necesidades con leche materna, necesitando suplementar con leche de fórmula.

Conclusiones: Dotar a las Unidades de Neonatología de personal cualificado en esta materia mejoraría la tasa de LME y en consecuencia la salud del binomio madre-neonato.

PALABRAS CLAVE

Lactancia Materna, Recién Nacido, Prematuro, Protocolo.

ABSTRACT

Introduction: Protecting the breastfeeding of those mothers with a desire to breastfeed guarantees better health outcomes in the neonate both in the short and long term.

Objectives: To know the effect of breastfeeding protection measures on the rate of exclusive breastfeeding at discharge and the related profile.

Methods: Observational and retrospective study conducted in a Third Level Neonatal Unit. A sample of 171 infants recruited from January 26, 2017 and July 20, 2018 was available. Criteria for inclusion: express wish of the mother to

Correspondencia:
Alba Sánchez Ansede
carmennerifernandez@gmail.com

breastfeed as reflected in the birthsheet and the existence of the Breastfeeding Card of the newborn of the Unit. Pearson Chi-square test and Student's t test were applied as appropriate, considering a significant value of $p < 0.05$.

Results: The rate of exclusive breastfeeding was 63.8% (54.4% direct or chest administration and 9.4% deferred administration by syringe, as a non-interference method, or bottle. The 10% offered formula and 25.7% mixed breastfeeding. As factors related to the establishment of breastfeeding, there was a higher incidence of this in the neonates from the home compared to those admitted from birth (25.8% vs 9.7%, $p = 0.012$), in preterm infants older than 32 weeks compared to the younger ones (71% vs. 29%, $p = 0.044$).

Discussion: We assume that 10.5% of mothers who offered exclusively formula milk expressly revoked their desire to breastfeed. However, 25.7% of mothers failed to meet the needs with breast milk, needing to supplement with formula.

Conclusions: Providing Neonatology Units with qualified personnel in this area would improve the breastfeeding rate and consequently, the health of the mother-neonate binomial.

KEYWORDS

Breastfeeding, Newborn, Premature, Protocol.

ABREVIATURAS

AEP: Asociación Española de Pediatría.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

LMNE: Lactancia Materna no Exclusiva.

RN: Recién Nacido.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

INTRODUCCIÓN

Es mundialmente conocido que la leche materna es el mejor alimento para los recién nacidos (RN), especialmente para aquellos con situaciones de alta vulnerabilidad¹⁻³. Salvo excepciones de extraordinarias, la leche materna, no tiene sustituto nutricional en esta etapa de la vida protegiendo al RN en todo su ciclo vital^{4,5}.

La leche materna es un líquido vivo que se encuentra en continuo cambio adaptándose tanto cuantitativa como cualitativamente a las necesidades nutricionales de los RN de forma que cambia su composición y volumen según el

momento del día, el momento de la toma, la etapa de lactancia en la que se encuentre el lactante y las situaciones especiales en las que éste se encuentre, como es el caso de los RN pretérmino o prematuros^{6,7}.

El modelo de cuidados en las Unidades de Neonatología es fundamental para garantizar una adecuada instauración de la lactancia, por ello, su funcionamiento ha cambiado en los últimos años^{8,9}. Se ha pasado de un modelo, donde los principales cuidadores eran los profesionales y los padres meros espectadores a un modelo de cuidados centrados en el desarrollo, un modelo que implica el cuidado integral del bebé y su familia, en definitiva, un modelo más humanizado¹⁰⁻¹¹.

Instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) recomiendan la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del niño como único alimento y continuar posteriormente con el amamantamiento junto con otros alimentos que completen la alimentación, mínimo hasta los dos años o hasta que madre e hijo lo deseen¹².

A pesar de esta recomendación mundial, las tasas de LM durante los primeros 6 meses de vida no alcanzan cifras deseables. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) cifra en 74% la tasa de LM en España a las 6 semanas de vida, siendo ésta la duración media en todo el país a pesar del trabajo de concienciación de los más de cien hospitales que suscriben la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) bajo los auspicios de la OMS y UNICEF¹³. La Asociación Española de Pediatría (AEP) publicó a finales del 2017 los siguientes resultados: el porcentaje de bebés amamantados es del 72% a las 6 semanas de vida y baja a 66% a los 3 meses y al 47% a los 6 meses¹⁴.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue conocer el efecto de las medidas de protección de LM sobre la tasa de la LM exclusiva al alta, en los hijos de madres que expresaron su deseo de lactar. Como objetivos secundarios se enumeraron los siguientes: determinar el perfil de la población estudiada y describir las medidas de protección utilizadas y su forma de aplicación.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo realizado en una cohorte de 171 neonatos ingresados en una Unidad de Neonatología de un Hospital de Tercer Nivel - C. La recogida de datos para el estudio llevó a cabo entre enero del 2017 y julio de 2018.

Criterios de inclusión

Como criterio de inclusión en el estudio se consideró: el deseo expreso de la madre de lactar así reflejado en la hoja de

partos; la existencia de la Ficha de Lactancia de la Unidad asignada a un neonato y rellena por el Grupo de Lactancia de dicha Unidad; así como la autorización verbal de participación por parte de las madres de los neonatos que incluidos en este estudio.

Escenario

La Unidad de Neonatología donde se ha realizado el estudio, es una unidad de Tercer Nivel – C que trabaja por la plena implantación de la LM y por ello es una Unidad abierta a los padres las 24 horas del día los 365 días del año.

Es importante destacar que, además, nuestra Unidad es receptora de leche materna de banco, leche materna donada, para RN en riesgo que lo precisen. Esta leche se administra cuando no existe leche materna de la madre suficiente para cubrir necesidades nutricionales, cuando la madre no puede lactar por motivos de salud, cuando la leche de esa madre está contraindicada o cuando la madre decide no lactar, pero firma el consentimiento informado de leche de banco durante el período de mayor riesgo para el RN.

Recogida de variables

Con la finalidad de conocer el perfil de la muestra estudiada y de analizar los datos en base al objetivo principal fijado, se registraron las variables clínicas incluidas en la Ficha de LM (Anexo 1).

Se analizaron variables clínicas maternas (edad; antecedentes médicos de interés), de la gestación y parto (horas de bolsa rota; edad gestacional; tipo de anestesia administrada para el parto; tipo de parto; determinación del estreptococo del grupo B; uso de antibioterapia; uso de oxitocina en el parto; tipo de líquido amniótico) y del RN (sexo; peso al nacer; tipo de ingreso; diagnóstico al ingreso en la Unidad de Neonatología) así como variables específicas que influyen en el manejo de la lactancia (existencia de lactancia previa; realización de puerperio inmediato; modo de administración de la primera toma de alimentación; tipo de alimentación recibida en la primera toma; modo de administración de la alimentación durante el ingreso; estado del pecho materno; tipo de pezón materno; existencia de agarre en la lactancia directa; evaluación del tipo de agarre; existencia de transferencia en la toma al pecho; necesidad de ayuda a la madre en el manejo de la lactancia directa; tipo de ayuda facilitada a la madre para garantizar la lactancia directa; número de tomas al pecho al día y tipo de lactancia al alta).

Se consideraron diagnósticos médicos al ingreso más graves: cardiopatías congénitas, patologías que requirieran cirugía, problemas respiratorios, sepsis neonatal y problemas metabólicos o neurológicos y como diagnósticos menos graves: riesgo de infección, otras infecciones y otros posibles diagnósticos. Como antecedentes maternos se han considerado como importantes: hipotiroidismo, diabetes mellitus, diabetes

gestacional y trastornos psiquiátricos y como antecedentes menos importantes: obesidad, tabaco y antecedente de muerte fetal intraútero.

Aspectos éticos y legales

Toda la recogida de datos se realizó de forma anónima preservando la identidad del paciente de modo seudonimizada (codificada). Este estudio se ha realizado conforme a los principios éticos de investigación médica presentes en la Declaración de Helsinki. El estudio fue autorizado para su realización por la autoridad pertinente de dicha Unidad.

Análisis de datos

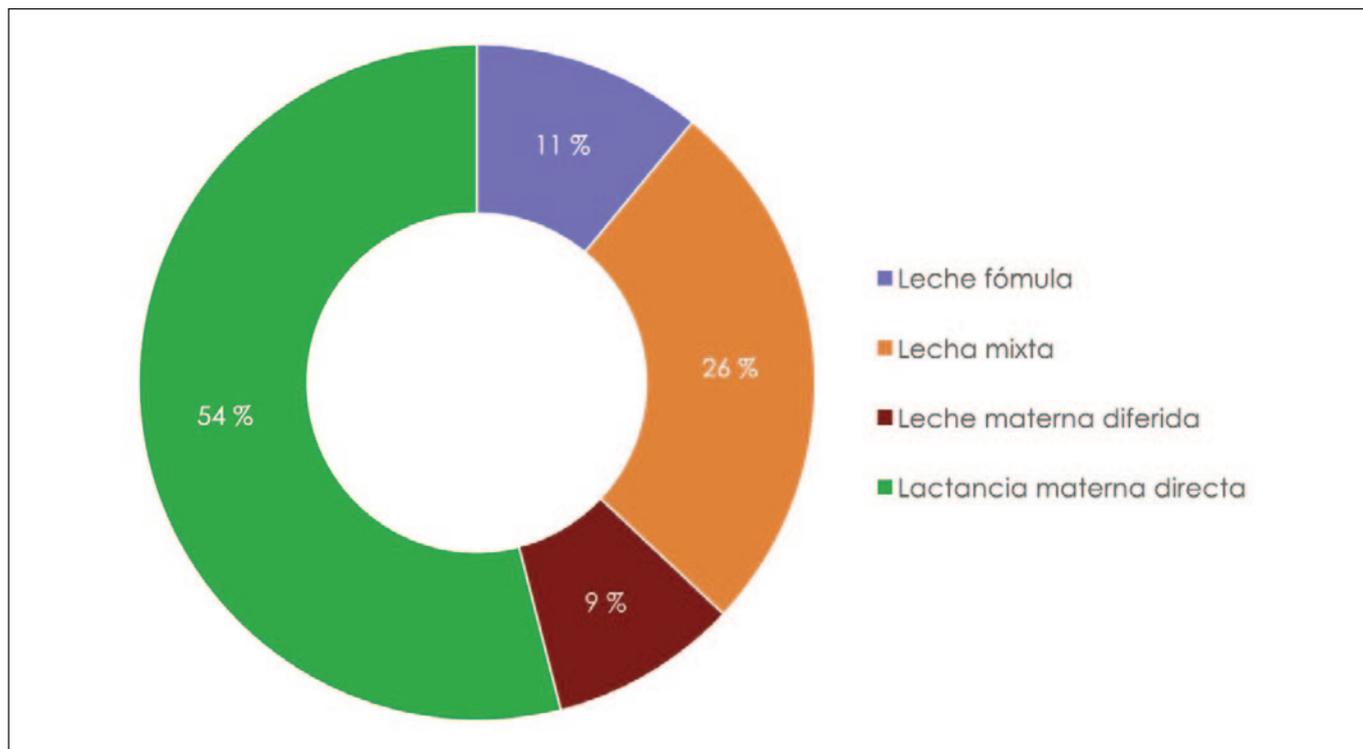
Los datos recogidos en la Ficha de Lactancia fueron copiados en una plantilla de Excel y posteriormente se analizaron estadísticamente con el programa SPSS v22.0.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables, indicando frecuencia (n) y porcentaje (%) para las variables cualitativas y media (\bar{x}) \pm desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas. Se utilizó para el estudio de la normalidad la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para evaluar la repercusión de las variables cualitativas en los grupos a estudio se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson donde se aceptó una frecuencia de casillas inferior de 5 del 25%. Para la comparación de medias en variables cuantitativas, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes con distribución normal. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$ y se estableció un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La tasa de LM exclusiva (LME) al alta en la cohorte estudiada (N 171) ha sido del 63,7% (n 109) frente a un 36,3% (n 62) que no se fue de alta domiciliaria con LME. De las madres que se fueron de alta con LME, el 54,4% (n 93) la administraba de forma directa o al pecho y el 9,4% (n 16) de forma diferida, a través de biberón. En el grupo de LM no exclusiva (LMNE) encontramos que el 10,5% (n 18) de las madres se fueron de alta administrando leche de fórmula y el 25,7% (n 44) administrando LM mixta, una cantidad se corresponde a leche de fórmula y otra a leche materna (**Ilustración 1**).

Los datos recogidos de las variables maternas, de la gestación y del parto con influencia en la instauración o éxito de la LME se encuentran descritos en la **Tabla 1**. Significativamente se ha observado que los recién nacidos que ingresan en nuestra Unidad procedentes del domicilio o puerperio presentan más incidencia de LM exclusiva al alta (25,8 % vs 9,7%), $p = 0,012$). Con respecto a la edad gestacional, encontramos que los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas presentaron menor incidencia de LM exclusiva al alta frente a los prematuros mayores de 32 semanas, pero menores de 37 (29% vs. 71%, $p = 0,044$). Los

Ilustración 1. Tipo de alimentación en el recién nacido al alta hospitalaria.

resultados de la anestesia utilizada en el parto, detallan que la anestesia general está relacionada con una menor incidencia de LM exclusiva al alta (2,4% vs. 22,7%, $p = 0,008$).

En la Tabla 2 se muestran los resultados propios del manejo de la LM. El grupo de LM exclusiva al alta presentó significativamente más agarre al pecho (96,3% vs. 70%, $p = 0,001$) siendo este más correcto (96,1% vs. 78,6%, $p = 0,029$). El grupo no LM exclusiva al alta presentó más dolor en los pechos (23,1% vs. 4,9%, $p = 0,049$) y necesitó una ayuda total en sus tomas al pecho (42,9% vs. 14,3%, $p = 0,030$).

Medidas de protección de la LM

En el año 2011 ante la necesidad de apoyar a las madres y de formar al resto de compañeros en el manejo de la lactancia, se creó un grupo de apoyo a la lactancia dentro de la misma unidad, formado por 5 enfermeras con formación en lactancia.

Tras la constitución del grupo se realizó en la Unidad una encuesta entre los profesionales, para identificar cuáles eran los problemas susceptibles de mejora y se identificaron los siguientes: necesidad de formación; información contradictoria y unificación de criterios.

Desde entonces se comenzaron a realizar talleres de formación a los profesionales de la Unidad que así lo desearan implantándose en el año 2015 un Protocolo de LM dentro de la Unidad.

Este protocolo permitía no sólo trabajar de manera homogénea evitando la información contradictoria y unificando criterios, si no también servía de herramienta de ayuda y consulta a los profesionales. En el año 2017 se repitió la misma encuesta realizada en 2011 mostrando los resultados de la misma que el protocolo permitió no sólo eliminar o minimizar aquellos problemas que se habían detectado antes de la implantación del protocolo en el año 2015, sino que también volver a establecer nuevas medidas de mejora.

Desde ese año, el Grupo de Lactancia elaboró unas Fichas de LM con el objetivo de monitorizar la misma para poder realizar un seguimiento más específico desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Los resultados descritos en nuestro estudio muestran que de todas las madres con intención de lactar tras el parto solo un 63,7% alcanzó dicho objetivo al alta hospitalaria, con un predominio importante de amamantamiento directo (54,4%) frente a lactancia en diferido o administrada por biberón (9,4%), en ambos casos LME como alimentación para el neonato. De las madres que no alcanzan el objetivo prefijado, un 25,7% se va de alta con lactancia mixta y un 10,5% con alimentación artificial o de fórmula. Con respecto a las cifras publicadas por la AEP, nuestra incidencia es inferior (63,7% vs. 72%)¹⁴, sin embargo, que es superior a la de otros estu-

Tabla 1. Factores maternos, de la gestación y del parto con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva.

	LM EXCLUSIVA. n 109	LM NO EXCLUSIVA. n 62	P
Lugar de procedencia			
Partos/Quirófano	81 (74,3)	56 (90,3)	0,012*
Domicilio/Puerperio	28 (25,8)	6 (9,7)	
Edad Materna (años)	33,94 ± 6,08	33,37 ± 6,41	0,561
Antecedentes Maternos **			
De mayor interés	21 (25,3)	11 (26,2)	0,914
De menor interés	62 (74,7)	31 (73,8)	
Edad Gestacional (semanas)	37,81 ± 3,06	37,53 ± 3,11	0,575
Edad Gestacional			
A Término (≥ 37 sem)	80 (73,4)	47 (75,8)	0,729
Pretérmino (< 37 sem)	29 (26,6)	15 (24,2)	
Pretérmino	n 31	n 15	
Menor o igual de 32 sem	9 (29)	9 (60)	0,044*
Menor o igual de 37 sem	22 (71)	6 (40)	
Horas de Bolsa Rota **	15,61 ± 19,61	26 ± 72,28	0,190
Estreptococo B positivo **			
No	60 (75,9)	35 (76,1)	0,986
Si	19 (24,1)	11 (23,9)	
Antibióticos maternos periparto **			
No	11 (19,3)	2 (8,3)	0,220
Si	46 (80,7)	22 (91,7)	
Uso de Oxitocina Artificial **			
No	11 (64,7)	1 (25)	0,149
Si	6 (35,3)	3 (75)	
Anestesia en el parto **			
General	1 (2,4)	5 (22,7)	0,008*
Epidural o Raquídea	41 (97,6)	17 (77,3)	
Tipo de Parto			
Va Vaginal	68 (62,4)	29 (46,8)	0,048*
Cesárea	41 (37,6)	33 (53,2)	

N 171. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05 ** Muestra con datos perdidos que no se han podido registrar por no constar de los mismos.

Tabla 1 continuación. Factores maternos, de la gestación y del parto con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva.

	LM EXCLUSIVA n 109	LM NO EXCLUSIVA. n 62	P
Peso Recién Nacido (gramos)	2870 ± 732,05	2860 ± 877,09	0,941
Sexo Recién Nacido			
Hombre	57 (52,3)	30 (48,4)	0,623
Mujer	52 (47,7)	32 (51,6)	
Líquido Amniótico **			
Claro	77 (82,8)	46 (85,2)	0,706
Hemático o Meconial	16 (17,2)	8 (14,8)	
Diagnóstico al ingreso			
De mayor gravedad	36 (33)	25 (40,3)	0,338
De menor gravedad	73 (67)	37 (59,7)	

N 171. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05 ** Muestra con datos perdidos que no se han podido registrar por no constar de los mismos.

dios. Suárez-Gil et al publicaron una incidencia del 51,4% y Estévez-Gonzalez et al del 55,4%^{15,16}.

Muchos son los factores que influyen en que una madre cambie de opinión y termine ofreciendo a su hijo leche de fórmula como alimento¹⁷⁻¹⁹. En el análisis de los datos clínicos recogidos, encontramos que existen variables relacionadas con factores maternos, de gestación y de parto que tienen influencia directa en el éxito de la instauración de la LME: el tipo de parto (p = 0,048), vaginal o cesárea; el tipo de ingreso (p = 0,012), desde partos o quirófano o desde puerperio o domicilio; la anestesia recibida durante el parto (p = 0,008) y la semana de prematuridad dentro del grupo de RN prematuros (p = 0,044).

En nuestra muestra, el tipo de parto vaginal es significativamente superior en el grupo de LME (62,4%) frente al grupo sin LME (46,8%). Aquellas madres sometidas a una cesárea o a un parto muy medicalizado y dirigido suelen comenzar más tarde con el amantamiento directo y/o con las extracciones y, por tanto, tienen un riesgo aumentado de terminar con una lactancia mixta o artificial al alta^{20,21}. De hecho, en nuestros resultados encontramos que solo un 25,5% de las madres con LME al alta realizaron puerperio inmediato frente a un 32,3% del grupo LMNE. Estos datos son muy llamativos, ya que en el grupo LME el 62,4% de los partos fueron vaginales y en el grupo no LME el 46,8% también lo fue, lo que indica que hay un alto porcentaje de RN que no realizan puerperio inmediato, independientemente de la invasividad del tipo de parto realizado. Sin embargo, debemos tratar estos datos con prudencia, ya que en muchas ocasiones esta información no consta en la hoja de partos, pero se ha podido

realizar. La realización del puerperio inmediato es una de las medidas a realizar para garantizar una adecuada instauración de la LM, si éste no se realiza o no se aprovecha ese momento para informar a las madres de la importancia de la extracción en la primera hora postparto muchas lactancias fracasarán. Además, hay que destacar que, aunque éste se realice, la presencia de complicaciones físicas durante o tras el parto dificultan el amamantamiento directo y/o la extracción de leche posterior al parto^{22,23}.

Con respecto a los resultados observados para la variable tipo de anestesia empleada en el parto, se describe que aquellas madres que no recibieron anestesia general durante el mismo, por no ser éste una cesárea, tienen significativamente mayores tasas de LME al alta. Esto puede explicarse a que la indicación de cesárea en muchas ocasiones se realiza de carácter urgente al verse comprometida la salud materna y/o fetal. Esto cobra vital importancia en los RN pretérmino, en los que hay que añadir además de lo ya descrito, la imposibilidad de realizar amamantamiento directo ni una lactancia a demanda, principalmente en aquellos RN pretérmino menores de 32 semanas (60% sin LME al alta) frente a aquellos menores de 37 semanas, pero mayores de 32 (71% con LME al alta) (p = 0,044), donde el parto por cesárea y el tiempo de no amamantamiento directo se ve considerablemente reducido.

Muchas madres tienen la creencia de que la LM no es posible en esta situación tan delicada para sus RN. Además, tienen que tomar una decisión muy importante en un momento muy complicado. Sin embargo, cuando reciben información correcta y conocen los beneficios que tiene su

Tabla 2. Factores de manejo directo relacionados con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva.

	LM EXCLUSIVA. n 109	LM NO EXCLUSIVA. n 62	P
LM previa	n 94	n 55	
Si	13 (13,8)	5 (9,1)	0,392
No	81 (86,2)	50 (90,9)	
Puerperio Inmediato	n 47	n 31	
Si	12 (25,5)	10 (32,3)	0,518
No	35 (74,5)	21 (67,7)	
Administración primera toma	n 33	n 15	
Al pecho	9 (27,3)	4 (16)	0,308
Con jeringa	24 (72,7)	21 (84)	
Tipo Leche primera toma	n 22	n 18	
LM/LB (materna)	19 (86,4)	14 (77,8)	0,477
LP/LA (fórmula)	3 (13,6)	4 (22,2)	
Lugar primera toma	n 35	n 29	
Parto	6 (17,1)	6 (20,7)	0,868
Neonatos	27 (77,1)	22 (75,9)	
Otros	2 (5,7)	1 (3,4)	
Tipo de pezón	n 41	n 13	
Normal	34 (82,9)	9 (69,2)	0,285
Plano/Invertido	7 (17,1)	4 (30,8)	
Tipo de pecho	n 41	n 13	
Sano	39 (95,1)	10 (76,9)	0,049*
Dolorido/Grietas	2 (4,9)	3 (23,1)	
Agarre	n 54	n 20	
Si	52 (96,3)	14 (70)	0,001*
No	2 (3,7)	6 (30)	
Tipo de agarre	n 51	n 14	
Correcto	49 (96,1)	11 (78,6)	0,029*
Incorrecto	2 (3,9)	3 (21,4)	

LA: leche artificial; LB: leche de banco; LM: leche materna; LP: leche artificial prematura. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05.

Tabla 2 continuación. Factores de manejo directo relacionados con influencia en el éxito de la instauración de la LM exclusiva.

	LM EXCLUSIVA. n 109	LM NO EXCLUSIVA. n 62	P
Transferencia	n 49	n 12	
Si	48 (98)	12 (100)	0,618
No	1 (2)	0	
Necesidad de ayuda	n 51	n 17	
Si	35 (68,6)	14 (82,4)	0,275
No	16 (31,4)	3 (17,6)	
Tipo de ayuda	n 35	n 14	
Parcial	30 (85,7)	8 (57,1)	0,030*
Total	5 (14,3)	6 (42,9)	
Tipo leche suplemento	n 33	n 25	
LM/LB (materna)	9 (27,3)	4 (16)	0,308
LP/LA (fórmula)	24 (72,7)	21 (84)	
Administración suplemento	n 50	n 32	
Jeringa/Dedo-Jeringa	40 (80)	20 (62,5)	0,081
Biberón	10 (20)	12 (37,5)	
Número de tomas al pecho	6,47 ± 2,19	4,0 ± 2,89	0,002*

LA: leche artificial; LB: leche de banco; LM: leche materna; LP: leche artificial prematura. Variables cuantitativas expresadas en n (%) y variables cualitativas expresadas en X ± DE. * P < 0,05.

leche para mejorar la situación de salud de su RN incluso aquellas madres que habían decidido no lactar o que todavía no se habían decidido deciden extraer su leche por lo menos hasta que pase el período de riesgo vital. Uno de los momentos críticos en la lactancia de un prematuro, es el paso de la alimentación por sonda nasogástrica u orogástrica al amantamiento directo.

Analizando las Fichas de LM, observamos que una vez instaurada la producción de leche con la extracción, el paso al pecho es un momento complicado para la madre y para el profesional. En el éxito del amantamiento directo influyen factores como la falta de formación y de recursos del profesional para apoyar a las madres en este proceso. Asesorar y ayudar al binomio madre-hijo implica no solo formación sino también tiempo. Muchas madres, agotadas por los largos ingresos, deciden administrar su leche materna por biberón, muchas por convicción, pero otras por la falsa creencia de que el RN crecerá más rápido y se podrá ir antes de alta hospitalaria. Con respecto al análisis de la

existencia o no de transferencia, en nuestro estudio, como cabe esperar, hubo más transferencia en el grupo LME frente al grupo no LME. En relación a las variables relacionadas directamente con el manejo de la instauración de la LME nos encontramos, como es esperable, que en el grupo LME hay significativamente más agarre correcto al pecho. Así mismo, hubo significativamente más casos de pechos dolorosos o con grietas en el grupo de LM no exclusiva. Seguramente por este motivo, el Grupo de Lactancia registró más necesidad de ayuda en la técnica de amantamiento en el LMNE frente al grupo LME (82,4% vs. 68,6%) realizándose una ayuda total con más frecuencia en el grupo de LMNE frente al grupo si exclusiva (42,9% vs. 14,3%). No se describieron diferencias significativas entre grupos para la variable tipo de pezón, sin embargo, el grupo de LMNE presentó más casos de pezón invertido o plano.

Otra variable con significación que se ha descrito es que aquellos niños que ingresan desde el domicilio familiar o puerperio presentaron mayores tasas de LME que aquellos proce-

dentos de partos o quirófano. Estos resultados se explican por la importancia que tiene el contacto directo entre la madre y el RN y por la situación óptima de salud que existe en los primeros días de vida del RN, circunstancias que aseguran e instauran la LM. Este estudio nos ha permitido analizar con exactitud los problemas con los que nos encontramos en la Unidad de Neonatología donde se ha realizado el mismo para la instauración de la LME al alta. Una vez revisadas las fichas de lactancia y los comentarios escritos por el grupo de lactancia en las mismas, observamos que uno de los grandes problemas con los que nos encontramos es con que las integrantes del grupo de lactancia no están presentes en todos los turnos de trabajo y que, en muchas ocasiones, las integrantes del mismo, debido a la brevedad en la duración de los ingresos ni llegan a trabajar con los RN ingresados y con sus madres. Esta situación repercute negativamente en la instauración de la LM en las madres de nuestra unidad al no ser atendidas durante las 24 horas por profesionales con formación específica en esta materia. Es necesario destacar que es decisión de la madre el tipo de alimentación que le quiere ofrecer a su hijo, pero no debemos olvidarnos de aquellas madres inseguras y desinformadas que decidirían lactar con apoyo de un profesional experto, siendo ésta la función del Grupo de Lactancia de nuestra Unidad.

En base a todo lo argumentado observamos que los factores que influyen en la pérdida o abandono de estas lactancias o que éstas se deriven a lactancias mixtas pueden ser los siguientes: la no realización del puerperio inmediato; la no puesta al pecho del RN en la primera hora de vida; la inadecuada frecuencia en las extracciones, principalmente de las extracciones nocturnas; el deseo expreso de la madre de cambio en el modo de lactar a su RN; la existencia de un problema en la salud materna que afecte a la producción de leche y la falta de formación de los profesionales de enfermería que son responsables del cuidado de este tipo de pacientes²⁴⁻²⁶. Estos factores concuerdan con Kong and Lee (2004) que indican que el reconocimiento de los factores influyentes podría conducir a un manejo apropiado de la promoción de la LM y hacen recomendaciones para que los profesionales de la salud y la comunidad creen una atmósfera y un ambiente más favorables a los bebés para la promoción de la LM^{27,28}.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio, demuestran que la implantación de las medidas de protección de la LM instauradas en la Unidad de Neonatología donde se ha realizado el estudio son eficaces para la instauración de la misma. Sin embargo, se observa la necesidad de dotar a dicha Unidad de profesionales formados específicamente en esta materia, las 24 horas del día. Con la finalidad de evitar abandonos de LM relacionados con la falta de personal que apoyen y supervisen estas lactancias.

BIBLIOGRAFÍA

- Horta BL, Bahl R, Martines J, Victoria GC. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. In: OMS, editor. Ginebra: World Health Organization; 2007. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf.
- Raju TN. Breastfeeding is a dynamic biological process—not simply a meal at the breast. *Breastfeed Med* 2011 Oct;6:257-259. 10.1089/bfm.2011.0081 [doi].
- Fisk CM, Crozier SR, Inskip HM, Godfrey KM, Cooper C, Roberts GC, et al. Breastfeeding and reported morbidity during infancy: findings from the Southampton Women's Survey. *Matern Child Nutr* 2011 Jan;7(1):61-70. 10.1111/j.1740-8709.2010.00241.x [doi].
- Labayen I, Ruiz JR, Ortega FB, Loit HM, Harro J, Villa I, et al. Exclusive breastfeeding duration and cardiorespiratory fitness in children and adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2012 February 01;95(2):498-505. 10.3945/ajcn.111.023838.
- Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Suppl* 2015 Dec;104(467):30-37. 10.1111/apa.13133 [doi].
- Gross SJ, Slagle TA. Feeding the low birth weight infant. *Clin Perinatol*. 1993 Mar;20(1):193-209. Review. PubMed PMID: 8458165.
- Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very Low-Birth Weight Infants. *Breastfeeding Medicine*. 2015;10(2):84-91. doi:10.1089/bfm.2014.0089. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4352698/>
- Naylor AJ. Baby-Friendly Hospital Initiative. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in the twenty-first century. *Pediatr Clin North Am* 2001 Apr;48(2):475-483.
- Hofvander Y. Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI): organization, response and outcome in Sweden and other countries. *Acta Paediatr* 2005 Aug;94(8):1012-1016. TR26547W47264308 [pii].
- Merten S, Dratva J, Ackermann-Lieblich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005 Nov;116(5):e702-8. 116/5/e702 [pii].
- Forrester-Knauss C, Merten S, Weiss C, Ackermann-Lieblich U, Zemp Stutz E. The baby-friendly hospital initiative in Switzerland: trends over a 9-year period. *J Hum Lact* 2013 Nov;29(4):510-516 10.1177/0890334413483923 [doi].
- WHO/UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecology of Food and Nutrition*, 26 (1991), pp. 271-273.
- Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE. http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175

14. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. 2017.
15. Suárez-Gil P, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit* 2000; 15(2): 104-110. DOI: 10.1016/S0213-9111(01)71529-4
16. González-Estévez MD, et al. Factores relacionados con el abandono de la Lactancia Materna. *An Esp Pediatr* 2002;56:144\150. <http://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403302789443>
17. Pallas Alonso CR. Lactancia Materna en España. Un compromiso de todos. *An Pediatr (Barc)* 2015. Oct 31. S1695-4033(15)00379-3 [pii].
18. Palou M, Vega V, Elvira M, Rivero AM. Factores asociados al mantenimiento de la Lactancia Materna iniciada al ingreso en una unidad de neonatología. *Metas de Enfermería*. 2015; 18(1): 6-12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80691>
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.
20. Serrano J, López B, Carrascosa C. Análisis para la mejora del apoyo a la Lactancia Materna en una Unidad de Ginecología y Obstetricia. *Inquietudes*. Ene-Juni 2014; 45: 25- 30. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/13928_94433.pdf
21. Suzuki S. Effect of early skin-to-skin contact on breast-feeding. *J Obstet Gynaecol* 2013 Oct;33(7):695-696 10.3109/01443615.2013.819843 [doi]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24127957>
22. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment,; 2008. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/6newblueprintprinter.pdf> el Fresno L. Vazquez N. Vidal S, Llada R. Plan de cuidados para Lactancia Materna. Publicaciones didácticas 2018-04-25. Código PD.094080.
23. Nickel NC, Lobbok MH, Hudgens MG, Daniels JL. The Extent that Noncompliance with the Ten Steps to Successful Breastfeeding Influences Breastfeeding Duration. *Journal of Human Lactation* 2013 February 01;29(1):59-70. 10.1177/0890334412464695.
24. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: a review. *Int Nurs Rev* 2012 Dec;59(4):474-481. 10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x [doi].
25. Forster DA, Johns HM, McLachlan HL, Moorhead AM, McEgan KM, Amir LH. Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2015 May 7;5(5):e007512-2014-007512. 10.1136/bmjopen-2014-007512 [doi].
26. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Aug 15;8:CD003517. 10.1002/14651858.CD003517.pub2 [doi]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869667>
27. Martín A, Ponsell Ma E, Seguí A, Maciá ML. 718102 Conocimientos sobre Lactancia Materna y cuidados postparto en mujeres primíparas *Nutr. Hosp.* Vol.27 supl.3 Madrid dic.2012 <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.sup3.6339>
28. Kong S, Lee D. Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46 (4): 369-79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x>