



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Establecimiento de la lactancia materna en puérperas con recién nacidos a término.”

Pedro Luis del Mazo Tomé

Mayo 2016

Trabajo Fin de Máster



ÍNDICE

| | Página |
|--|--------|
| 1. Introducción | 3 |
| 1.1. Alimentación del lactante. Consideraciones generales | 3 |
| 1.2. Prácticas de alimentación infantil | 4 |
| 1.3. Clasificación de los recién nacidos según su edad gestacional | 5 |
| 1.4. Beneficios de la lactancia materna | 5 |
| 1.5. Dificultades para el establecimiento de la lactancia materna | 8 |
| 1.6. Promoción de la lactancia materna | 9 |
| 2. Objetivos | 11 |
| 2.1. Objetivo principal | 11 |
| 2.2. Objetivos secundarios | 11 |
| 3. Material y métodos | 12 |
| 3.1. Procedimiento de búsqueda bibliográfica | 12 |
| 3.2. Fundamentos del estudio | 13 |
| 3.3. Tipo y lugar de estudio | 14 |
| 3.4. Período de realización | 14 |
| 3.5. Variables a estudio | 15 |
| 3.6. Principios de muestreo | 16 |
| 3.7. Análisis estadístico | 17 |
| 3.8. Aspectos éticos | 18 |
| 3.9. Limitaciones, sesgos y errores | 18 |



| | |
|--|----|
| 4. Resultados | 20 |
| 4.1. Descripción de la muestra | 20 |
| 4.1.1. Muestra de mujeres | 20 |
| 4.1.2. Muestra de recién nacidos | 21 |
| 4.2. Alimentación al alta hospitalaria | 22 |
| 4.3. Alimentación a los 15 días | 23 |
| 4.4. Comparativa entre variables | 26 |
| 5. Discusión | 35 |
| 6. Conclusiones | 42 |
| 7. Bibliografía | 44 |
| 8. Anexos | 47 |
| 8.1. Aceptación de tutorización. | 47 |
| 8.2. Hoja de datos. | 48 |
| 8.3. Consentimiento informado. | 49 |
| 8.4. Autorización comité de ética. | 50 |



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Alimentación del lactante. Consideraciones generales.

Una adecuada nutrición durante la infancia es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial de crecimiento, salud y desarrollo. En todo el mundo, las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes barreras para un desarrollo social y económico sostenibles y para la reducción de la pobreza¹.

Durante los primeros años de vida, la lactancia materna (LM) es la forma natural y más sana de alimentación, debido a las implicaciones para la salud de las madres, los lactantes y los niños pequeños, a corto y largo plazo².

La LM es considerada como el medio previsto por la naturaleza para asegurar la adaptación del recién nacido (RN) a las nuevas condiciones de vida extrauterina, permitiendo un estado de nutrición ideal durante los primeros meses de vida. La alimentación en este periodo constituye una de las experiencias tempranas que programan el futuro del organismo mediante su influencia en la estructura y función de ciertos órganos o sistemas, entre ellos, el nervioso e inmunológico³.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomienda la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros 6 meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos



que complementen la alimentación hasta los 2 años o más, mientras madre e hijo lo deseen⁴.

Durante el pasado siglo, las tasas de LM disminuyeron drásticamente en todo el mundo, especialmente en los países desarrollados. Aunque desde los años 90 existe una tendencia hacia la mejora de las tasas de LM en muchas regiones del mundo⁵, actualmente pocas mujeres amamantan de forma exclusiva durante los primeros meses postparto y muchas abandonan precozmente la LM, incluso en sociedades donde ésta sigue siendo la norma⁶.

En España, la duración de la LM decreció considerablemente desde los años 60 del siglo XX, alcanzando valores mínimos en los años 70. Aunque en los años 90, se inició un discreto aumento de la duración de la lactancia en nuestro país⁷, actualmente, en España el porcentaje de niños alimentados con leche materna exclusiva o mixta hasta los 3 meses y 6 meses es del 66,6% y 46,9% respectivamente⁸.

1.2 Prácticas de alimentación infantil⁹

- *Lactancia materna exclusiva (LME)*: Recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer). Puede recibir soluciones de rehidratación oral, gotas o jarabes (de vitaminas, minerales o medicinas). No ingiere ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua.
- *Lactancia materna predominante*: Recibe solamente leche materna (directamente del pecho o por otro método, de su madre o de otra mujer) como la fuente



predominante de alimento. Puede recibir soluciones de rehidratación oral, gotas o jarabes (de vitaminas, minerales o medicinas), además de agua, infusiones y zumos de frutas.

- *Lactancia materna completa*: Incluye la LME y la LM predominante.
- *Lactancia mixta (LMX) o lactancia materna parcial*: El lactante recibe leche materna, leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y/u otros alimentos.
- *Lactancia materna (LM)*: Incluye la LM completa y la LMX.
- *Lactancia artificial (LA)*: Nutrición exclusiva a base de leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y/u otros alimentos entre los que nunca se encuentra la leche materna.

1.3. Clasificación de los recién nacidos según su edad gestacional¹⁰

- *Recién nacido pretérmino/prematuro*: Producto de la concepción igual o menor a las 36 semanas de gestación.
- *Recién nacido a término (RNT)*: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación.
- *Recién nacido postérmino*: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

1.4 Beneficios de la lactancia materna.

En líneas generales, la LM presenta importantes beneficios a corto y a largo plazo, tanto para el bebé que la recibe como para la madre que da el pecho y, de forma



indirecta, para la sociedad, abarcando ventajas de tipo nutricional, inmunológico, evolutivo, psicológico, social, económico e incluso ambiental⁴.

La evidencia científica nos muestra que la LM protege contra las enfermedades infecciosas respiratorias tanto superiores como inferiores, contra las enfermedades gastrointestinales infecciosas y contra la otitis media durante el período infantil y más allá¹¹. Estudios recientes indican también la protección frente a la infección de las vías urinarias¹² y la enterocolitis necrosante¹³.

El análisis combinado de un meta-análisis reciente mostró que los bebés alimentados con fórmula adaptada eran dos veces más propensos a morir de síndrome de muerte súbita del lactante en comparación con los que recibieron LM¹⁴. Se han demostrado también los beneficios de la LM en niños prematuros y pequeños para su edad gestacional (EG) en relación a un buen desarrollo neurológico así como en los RNT¹⁵.

Estudios metodológicamente sólidos han hallado un efecto protector de la LM contra el asma y la alergia¹⁶, y así, la LM todavía se recomienda para reducir el asma y la enfermedad atópica en la infancia, incluso para niños de alto riesgo¹⁷.

El efecto protector de la LM no sólo lo encontramos a corto plazo, sino también a lo largo del tiempo en enfermedades crónicas como el sobrepeso y obesidad, la tensión arterial, la diabetes tipo 2 y el colesterol¹⁸, así como la cardiopatía isquémica¹⁹.

Produce beneficios psicológicos en el niño para el desarrollo de su personalidad²⁰ y a su vez favorece la aparición del vínculo afectivo materno-filial, eleva la autoestima de



la madre y disminuye la tristeza y/o depresión posparto²¹.

Hay pruebas irrefutables de que la LM tiene un efecto protector contra el desarrollo de cáncer de mama antes de la menopausia y probablemente después de la menopausia. Existen datos convincentes de un efecto dosis-respuesta, que indica mayor protección cuanto más larga y duradera sea la LME. Una revisión de 47 estudios llevados a cabo en 30 países indicó que el riesgo relativo de cáncer de mama se redujo en un 4,3 por ciento por cada 12 meses de LM²². Otros estudios evidencian la protección contra el cáncer de ovario²³.

Existen otros beneficios para la madre como la recuperación uterina posparto y disminución del sangrado, la mejora de la anemia y el aumento de las reservas de hierro, la pérdida de peso y la recuperación de la silueta, la mejora en el metabolismo del calcio; beneficios para el lactante sobre otras enfermedades no nombradas anteriormente como la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, esclerosis múltiple y linfomas; beneficios medioambientales ya que es una forma de disminuir la cantidad de residuos generados en las familias como consecuencia de la LA (botes de fórmula adaptada, biberones, tetinas...)²⁴.

La LM conlleva beneficios sociales y económicos, tanto individuales como colectivos, por el ahorro del coste de la leche artificial, o por el descenso del absentismo laboral de los padres de niños amamantados y del coste del cuidado médico, atribuibles al menor riesgo de enfermedades infantiles².



1.5. Dificultades para el establecimiento de la lactancia materna.

Las mujeres que dan a luz por primera vez tienen un riesgo mayor de que el inicio de la producción de leche se retrase, de que el RN pierda peso de manera excesiva durante los primeros días y de que tengan problemas con las diferentes técnicas de lactancia. Este retraso en el inicio de la producción de leche no sólo se asocia a madres primerizas sino también a madres obesas, a las cesáreas, a la retención placentaria y al estrés durante el parto así como a una duración mayor del mismo²⁵.

La reducción de las tasas de LM se debe en parte al sistema sanitario (hospitales y centros de salud). Tanto los cuidados que recibe la madre durante su estancia hospitalaria como las características del lugar donde se produce el alumbramiento se relacionan con el inicio y la duración de la LM. La falta de procedimientos centrados en el apoyo a la madre que da lactancia así como las prácticas que la dificultan y reducen la producción láctea de la madre, influyen en el abandono y/o fracaso de la LM²⁶.

En el medio hospitalario, el uso de leche artificial, el retardo en el contacto piel con piel entre las madres y sus hijos, y la separación de ambos durante el ingreso, suponen un obstáculo para el establecimiento de la LM. También el alta hospitalaria prematura, el seguimiento inadecuado posparto y el problema con el personal sanitario (información contradictoria recibida y falta de apoyo por su parte), contribuyen al empeoramiento de este proceso de establecimiento de la LM²⁷.

A largo plazo, las dificultades que implican la incorporación al mundo laboral, la falta de experiencia en el mundo de la lactancia, la escasa colaboración en las actividades



domésticas de las personas que viven con la madre, el estrés por la nueva situación que produce en la pareja, así como la falta de apoyo por parte del vínculo afectivo más cercano a la madre durante el proceso, se vinculan al fracaso de esta conducta²⁸.

Por último, la percepción que tienen las propias madres sobre su capacidad y aptitud para dar el pecho y la forma en la que creen que lo hacen, se relaciona con la exclusividad y la duración de la lactancia. El cómo se ven a ellas mismas durante el proceso, hace que se vaya a llevar un tipo de alimentación u otra y será determinante para la consecución o no de una exitosa lactancia²⁹.

1.6. Promoción de la lactancia materna.

A nivel internacional, los primeros organismos oficiales en defender y promover la LM fueron la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con su publicación del Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en 1981 que sirvió para controlar las prácticas de comercialización de alimentos infantiles³⁰.

El punto de partida de actividades de protección, fomento y apoyo de la lactancia materna se puede establecer en la Declaración de Innocenti aprobada por la OMS/UNICEF en 1990 donde se inició la recomendación de 6 meses de LME y el mantenimiento de la LMX hasta los 2 años³¹.

La Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) que nace en el año 1991 a propuesta de la OMS y UNICEF, denominada primeramente en español Iniciativa Hospital Amigo de los



Niños (IHAN) y actualmente Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia aunque manteniendo las mismas siglas, creó en 1998 el documento “Diez pasos para una lactancia exitosa” que constituyen los criterios globales del BFHI y los estándares de buenas prácticas basados en el sentido común y la evidencia existente³².

Nuevas medidas para la protección, promoción y apoyo de la alimentación se instauraron con la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño llevada a cabo en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2002⁴, consolidado todo ello en el Plan Europeo de Acción del 2004³³.

A nivel nacional, la AEP formó el Comité de Lactancia Materna (CLM) en el año 1996, cuyo objetivo fundamental es promocionar la LM difundiendo conocimientos actualizados sobre el tema e impulsando la formación de los profesionales³⁴.

En 1999 el Congreso de los Diputados aprobó una Proposición no de Ley para la protección, promoción y apoyo a la lactancia, según los criterios de la OMS y UNICEF³⁵.

En el año 2009 entre los estándares y recomendaciones sobre maternidad hospitalaria de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud se incluye la protección, promoción y apoyo de la LM en todo su ámbito nacional y de aplicación autonómica³⁶.



2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

1. Determinar el grado de establecimiento de la LM en puérperas con RNT en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) durante el período de realización del estudio.

2.1. Objetivos secundarios

1. Establecer la prevalencia de LME a los 15 días del nacimiento.
2. Analizar si a los 15 días se mantiene la misma tasa de LME que al alta hospitalaria.
3. Delimitar las diferentes variables que pueden influir positivamente en la instauración y establecimiento de la LME.



3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Procedimiento de búsqueda bibliográfica

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica entre el 1 de febrero y el 31 de marzo de 2016 en las siguientes bases de datos de Internet: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, Scopus, Medline y Web of Science, así como bases de datos de organizaciones como la OMS, UNICEF y la AEP, y de organismos oficiales como el Boletín Oficial del Estado (BOE) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) de España. El grupo principal de palabras clave empleado en la búsqueda fueron Medical Subject Headings (MeSH) y sus correspondientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Birth of full term newborn, newborn infant, breast feeding, exclusive breast feeding, postpartum women (nacimiento del RNT, bebé RN, LM, LME, púerperas). Cabe reseñar también que se utilizaron palabras, frases y expresiones médicas que no figuran en las bases de datos nombradas anteriormente, procediéndose así a realizar búsquedas libres a lo largo de internet a través de google.

Dentro de la literatura encontrada se incluyeron los estudios sobre LM que hacían referencia exclusivamente a humanos, artículos que fueron conseguidos a texto completo, escritos en inglés o español, la mayoría de ellos teniendo en cuenta sólo revistas con un factor de impacto importante y basados en la evidencia científica, así como los publicados a partir del año 2000 en adelante principalmente. También documentos relevantes publicados por organizaciones reconocidas mundialmente y organismos oficiales nacionales e internacionales. Se excluyeron artículos de dudosa



calidad científica, los que no se pudieron adquirir a texto completo, los escritos en otro idioma diferente al inglés o español y los de revistas sin factor de impacto de cierta relevancia.

3.2. Fundamentos del estudio

Consistió en dos entrevistas a la puérpera (una en persona y otra telefónica) y en la recogida de una serie de datos (todo ello nos sirvió posteriormente como variables del estudio) de la historia clínica de la madre y de su hijo RN utilizando como fuente el programa informático Millenium del HUCA.

La primera entrevista a la madre se llevó a cabo de manera presencial durante su ingreso hospitalario. En este momento se explica y se presenta a la madre el objeto y mecánica del estudio de investigación, y firma, en el caso de querer y aceptar participar en el mismo de manera anónima y voluntaria, el consentimiento informado que incluye además la hoja de información al paciente. La entrevista clínica incluía aspectos de LM que posteriormente formaron parte del trabajo como variables a estudio e información sobre la alimentación del niño durante su estancia hospitalaria. Asimismo se informó a la madre de que sería contactada vía telefónica a los 15 días de dar a luz para recoger los datos necesarios en ese momento para completar el estudio.

La segunda entrevista se realizó telefónicamente a las madres que tenían previsto dar LME o LMX para solicitarles información sobre cinco cuestiones en torno al proceso de LM que están recogidas posteriormente en el apartado variables a estudio. También se



preguntaba sobre la alimentación del niño en este momento para poder así objetivar posteriormente mediante el análisis correspondiente de los datos obtenidos el establecimiento o no de la LM.

Todas estas variables (las obtenidas de ambas entrevistas y las obtenidas a través de la historia clínica) que se enumeran más adelante en el trabajo, se recogieron también con la finalidad no sólo de dar respuesta a todos los objetivos establecidos en el estudio, sino también, de poder relacionarlas con la alimentación del niño a los 15 días para intentar ver si habían influido o no tanto en el establecimiento como en el fracaso de la LM.

3.3. Tipo y lugar de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal de prevalencia en las plantas de obstetricia del HUCA (2ªB y 2ªC).

3.4. Período de realización

Durante un mes, del 17 de diciembre de 2015 al 17 de enero de 2016 se llevó a cabo la primera entrevista en persona a todas las púerperas ingresadas en las plantas 2ªA y 2ªB.

Se contactó telefónicamente a los 15 días de cada nacimiento de cada RN con las madres participantes en el estudio que iban a dar LME o LMX para efectuar la segunda entrevista.



Durante el período de realización de ambas entrevistas se fueron recogiendo los datos necesarios (que luego fueron utilizados como variables) de las respectivas historias clínicas de las madres y sus hijos, y tanto estos datos como los conseguidos a través de las entrevistas sirvieron para crear la pertinente base de datos en el programa estadístico informático SPSS.

3.5. Variables a estudio

Variables de la madre

- Historia de la madre.
- Número de teléfono.
- Peso al inicio de la gestación.
- Peso al dar a la luz.
- Edad de la madre.
- Edad gestacional.
- Tipo de parto.
- Complicaciones en el parto: Se consideraron complicaciones en el parto las situaciones en las que el RN tuvo que ser reanimado al nacimiento, siempre que se produjo un parto urgente, la presencia de síndrome de aspiración meconial y la hemorragia moderada-abundante en la madre.
- Abortos.
- ¿Tiene más hijos?.
- ¿Tenía decidido dar LM antes de dar a luz?.



Variables del hijo

- Historia del niño.
- Fecha de nacimiento.
- Peso al nacer.
- Peso al alta.
- Longitud.
- Perímetro cefálico (PC).
- Apgar 1 minuto.
- Apgar 5 minutos.
- ¿Recibe LM precoz?.
- ¿Contacto piel con piel?.

Llamada a los 15 días

- ¿Mantiene la LM?.
- ¿Recibió ayuda durante el ingreso sobre LM?.
- ¿Le hubiera gustado más ayuda en el ingreso sobre LM?.
- ¿Fue a su Centro de Salud (CS) porque necesitara ayuda sobre la LM?.
- ¿Dio LM a sus otros hijos?.

3.6. Principios de muestreo

Población diana: Puérperas del área IV de Asturias y sus hijos RN durante el período de realización del estudio.



Población accesible: Puérperas del HUCA y sus hijos RN durante el período de realización del estudio.

Población elegible:

Criterios de inclusión:

- Puérperas ingresadas en las plantas de obstetricia del HUCA 2ªA y 2ªB del 17 de diciembre de 2015 al 17 de enero de 2016.
- Puérperas que desean participar en el estudio de manera anónima y voluntaria.
- RNT de las puérperas que reúnen los dos criterios de inclusión anteriores.

Criterios de exclusión:

- Todos los criterios que no quedan contemplados en los criterios de inclusión.

3.7. Análisis estadístico

Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico informático SPSS versión 18 para Windows, del que se obtuvieron los resultados que se presentan más adelante y que sirvieron también para su posterior discusión.

Inicialmente, las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y las variables cuantitativas se describieron mediante la media, desviación estándar, el intervalo de confianza (IC) del 95% de la media, mediana y rangos, tras comprobar la normalidad de las variables por el Test de Kolmogorov.



Posteriormente, se procedió a comparar las diferentes variables entre sí. Para el cálculo de la significación estadística de estas comparaciones se utilizó el test de Chi-cuadrado de Pearson para asociación de variables cualitativas dos a dos con el cálculo exacto de Fisher si se preveían menos de 5 casos esperados en alguna casilla de la tabla de contingencia y el test de T-Student para comparar variables cuantitativas en caso de dos grupos si las variables se distribuían de forma normal.

En todo el análisis estadístico se mantuvo un nivel límite de significación de una posibilidad del 5%.

3.8. Aspectos éticos.

Este Trabajo Fin de Máster (TFM) cuenta con el permiso y aprobación del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias. Todas las madres participantes en el estudio firmaron el correspondiente consentimiento informado de manera voluntaria que incluía una hoja de información al paciente explicando el objeto y la mecánica del estudio de investigación. En todo el proceso se siguieron las normas internacionales de respeto y confidencialidad en el manejo de los datos que fueron introducidos de manera anónima en la base de datos.

3.9. Limitaciones, sesgos y errores.

El trabajo aquí presentado no está exento de limitaciones, sesgos y errores. Pueden existir ciertas limitaciones en la recogida de datos, la creación de la base de datos, el análisis de los mismos, la selección de los pacientes y en la obtención de la



información.

El estudio presenta un error aleatorio intrínseco a la propia investigación al que denominamos α que tiene un valor de 0,05. Por otra parte, existe un error β variable que determinados en un 5%, el cual se podría reducir aumentando la muestra.

No se descarta un sesgo de selección debido al procedimiento usado para seleccionar a los sujetos ni un sesgo de información que pueda distorsionar el efecto medido debido también a los procedimientos usados para obtener la información y clasificar a los sujetos.



4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

Durante el período comprendido entre el 17 de diciembre de 2015 y el 17 de enero de 2016, se reclutó una muestra de 171 puérperas ingresadas en las plantas de maternidad 2ªA y 2ªB del HUCA con sus correspondientes 171 hijos RN.

4.1.1. Muestra de mujeres

La media de edad de las que forman parte del estudio es de 33,83 años con una desviación estándar (DE) de 5,654 (tabla 1). De ellas, el 62% presentaron un parto eutócico, el 21% un parto vaginal instrumentado y el 17% restante un parto por cesárea. La media de su EG es de 38,74 semanas de gestación (DE 2,313). Casi la mitad de estas madres, el 44%, son multíparas y algo más de una cuarta parte de ellas, el 26,8%, sufrieron abortos previos. Cabe destacar también que 28 de estas mujeres sufrieron complicaciones en el parto, lo que supone un 16,4% del total. Por último, el peso medio al inicio de la gestación fue de 64,476 kilogramos (DE 12,668) y al final de la misma de 75,863 kilos (DE 12,978), que nos indica, como es obvio, una ganancia de peso (más de 10 kilos de media) durante la gestación.



| | N | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|---------------------------------------|-----|--------|--------|--------|---------|
| Edad de la madre | 171 | 14 | 47 | 33,83 | 5,654 |
| Edad gestacional | 171 | 27 | 42 | 38,74 | 2,313 |
| Peso al inicio de la gestación | 134 | 45,0 | 135,0 | 64,476 | 12,6686 |
| Peso al final de la gestación | 159 | 49,0 | 126,0 | 75,863 | 12,9780 |

Tabla 1. Variables descriptivas de la muestra de mujeres.

4.1.2. Muestra de recién nacidos

La media de su peso al nacimiento fue de 3,119 kilogramos con una DE de 0,607 (tabla 2), obteniendo una media de peso al alta hospitalaria de nidos de 3,053 kilos (DE 0,459), valor ligeramente inferior al obtenido en el momento del parto, lo que confirma la pérdida de peso fisiológica durante los primeros días de vida. La media de longitud al nacimiento es de 49,057 centímetros (DE 2,273), la media del PC al nacimiento es de 34,088 centímetros (DE 1,863), la media del Apgar al minuto es de 8,67 (DE 1,347), y del Apgar a los 5 minutos de 9,72 (DE 0,868), lo que nos viene a indicar como era esperado que el Apgar del RN mejora con el paso de los minutos. Cabe destacar también que casi tres cuartas partes de los RNT, el 73,9%, reciben LM precoz dentro de la primera hora de vida y que el 84% de los mismos recibe contacto piel con piel al nacer de más de 60 minutos de duración.



| | N | Mínimo | Máximo | Media | DE |
|---------------------------|-----|--------|--------|---------|----------|
| Peso al nacimiento | 171 | 0,765 | 4,525 | 3,11924 | 0,607409 |
| Peso al alta hospitalaria | 170 | 2,140 | 4,350 | 3,05309 | 0,459081 |
| Longitud al nacimiento | 164 | 36,0 | 54,5 | 49,057 | 2,2733 |
| PC al nacimiento | 165 | 25,0 | 38,0 | 34,088 | 1,8634 |
| Apgar 1 min | 168 | 1 | 10 | 8,67 | 1,347 |
| Apgar 5 min | 168 | 2 | 10 | 9,72 | 0,868 |

Tabla 2. Variables descriptivas de la muestra de RN.

4.2. Alimentación al alta hospitalaria

El porcentaje de puérperas que tenían decidido alimentar a sus hijos con LM antes del parto fue del 84,2%. 21 de ellas, el 12,3%, preferían hacerlo con fórmula adaptada, es decir, con LA. Además, nos encontramos con un 3,5% del total de las mismas que referían no haber tomado esta decisión previamente, estando aún indecisas sobre qué alimentación llevar a cabo con su RN (figura 1).

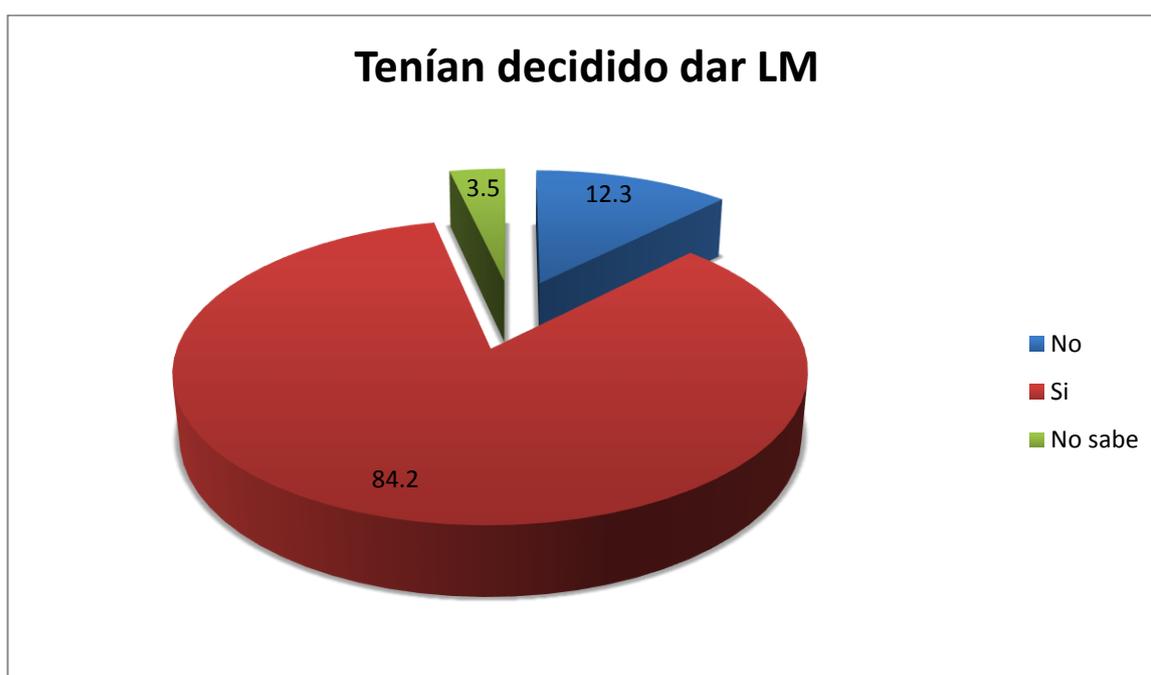


Figura 1. Decisión de dar lactancia materna antes del parto.



De las 171 gestantes, 20 (11,7%) tuvieron partos prematuros, por lo que sus hijos fueron ingresados a cargo del servicio de Neonatología al nacimiento y no estuvieron con sus madres durante estos primeros días de vida.

De las 151 mujeres restantes que tenían a sus hijos en el nido junto a ellas, el 58,3%, se fueron de alta hospitalaria con LME, el 23,8% con LMX, y el 17,9% con LA (figura 2).



Figura 2. Alimentación de los RNT al alta hospitalaria.

4.3. Alimentación a los 15 días

A los 15 días de vida, menos de la mitad, el 48,3% de los RNT seguían alimentándose con LME, menos de una cuarta parte, el 22,5% con LMX y el 29,1% con LA (figura 3).

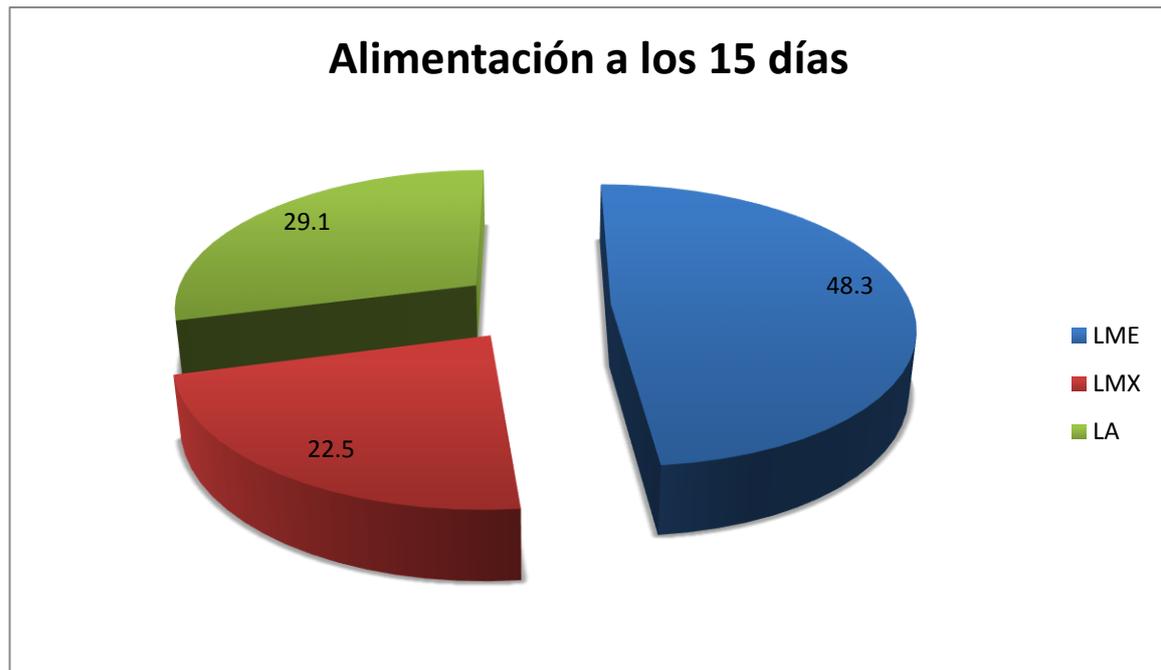


Figura 3. Alimentación de los RNT a los 15 días de vida.

En la entrevista llevada a cabo a los 15 días, las 20 madres con hijos prematuros y las 21 que tenían decidido alimentar a sus futuros hijos con LA quedaron excluidas de la misma. Sobre esta muestra de 130 madres cabe destacar que el 55,4% eran primerizas. De las 58 mujeres con hijos anteriores, 34 les dieron LME, 20 LMX y sólo 4 LA.

El 56,9% (figura 4) de estas 130 mujeres recibió apoyo sobre LM durante el ingreso hospitalario frente al 43,1% que declara no haberlo recibido (al 68% de estas últimas mujeres les hubiera gustado recibirlo). Al 53,8% les hubiera gustado recibir más apoyo sobre LM frente al 46,2% que declaran que no hubiera sido necesario (figura 5). Por último, el 20,8% de estas madres necesitó ir a la matrona de su CS correspondiente a solicitar ayuda sobre LM frente al 79,2% que no les hizo falta hacerlo (figura 6).

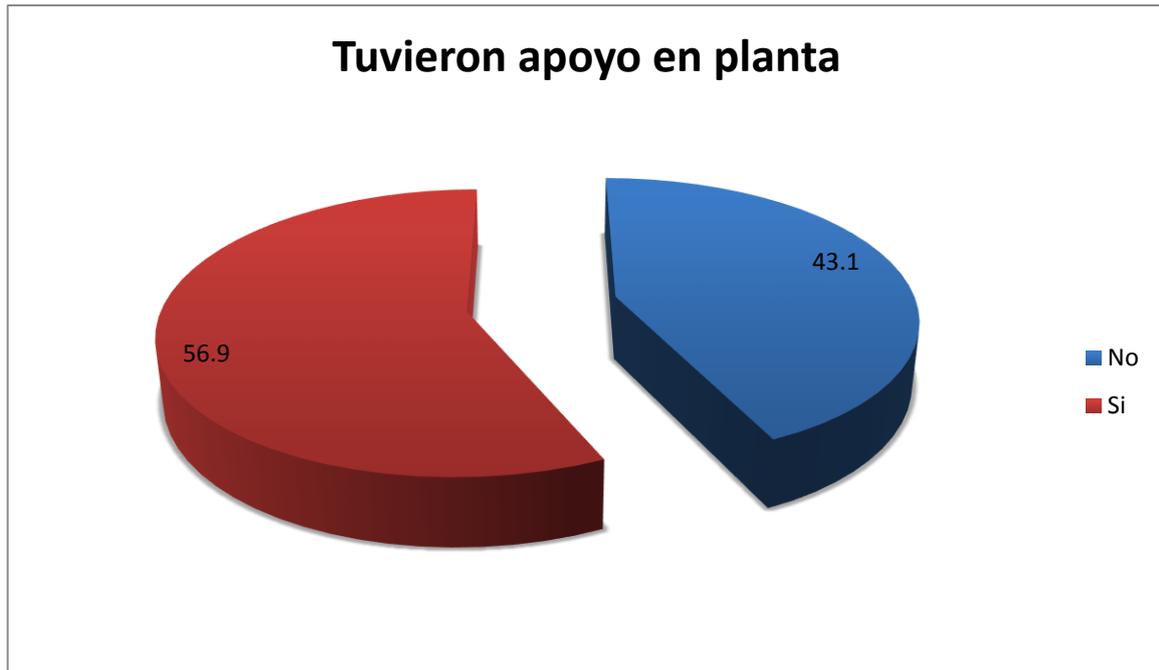


Figura 4. Madres que recibieron apoyo sobre LM durante su estancia hospitalaria.



Figura 5. Madres que manifestaron haber necesitado más apoyo durante su ingreso hospitalario sobre LM.

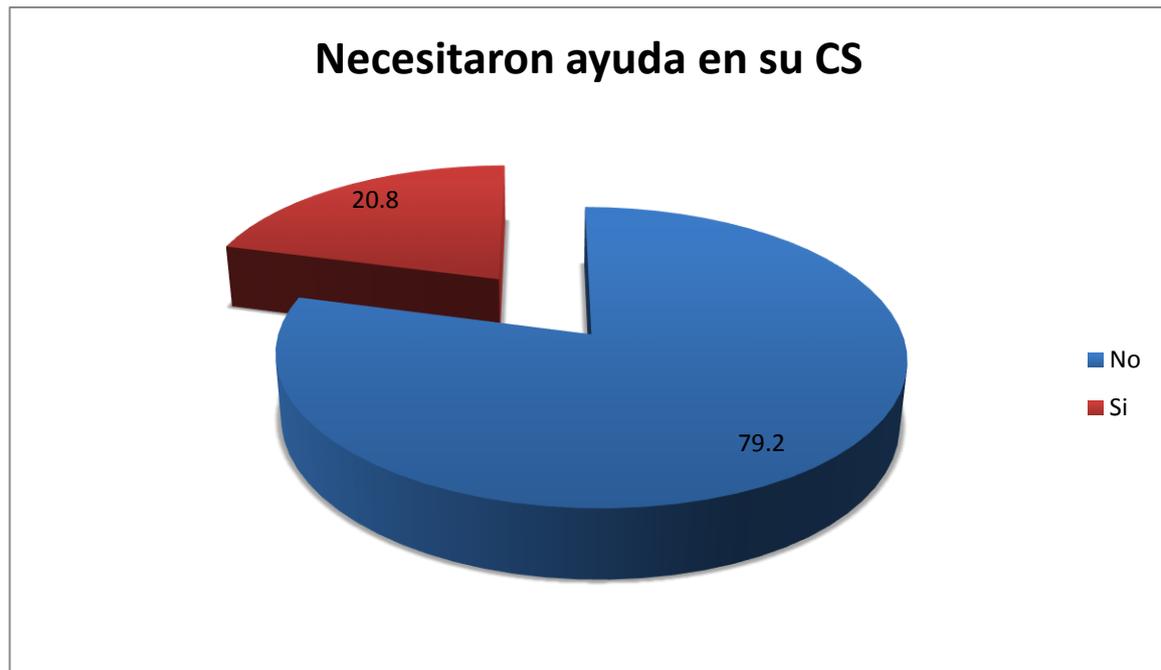


Figura 6. Madres que necesitaron ir a la matrona de su CS a recibir ayuda sobre LM.

4.4. Comparativa entre variables.

Si comparamos los resultados obtenidos de la alimentación al alta hospitalaria con los obtenidos a los 15 días (figura 7), nos encontramos con que el porcentaje de niños alimentados con LME a los 15 días de vida fue llamativamente inferior a los niños alimentados con LME al alta hospitalaria, disminuyendo también, aunque muy ligeramente los alimentados con LMX y aumentando de manera muy elocuente los niños alimentados con fórmula adaptada. Existen por lo tanto diferencias estadísticamente significativas entre los alimentados al nacimiento y a los 15 días con LA donde hay un aumento muy considerable del porcentaje (un 11,2%) y entre los alimentados al nacimiento y a los 15 días con LME donde hay una disminución importante de su porcentaje (un 10%). No existe significación estadística entre los alimentados al nacimiento y a los 15 días con LMX (1,3%).

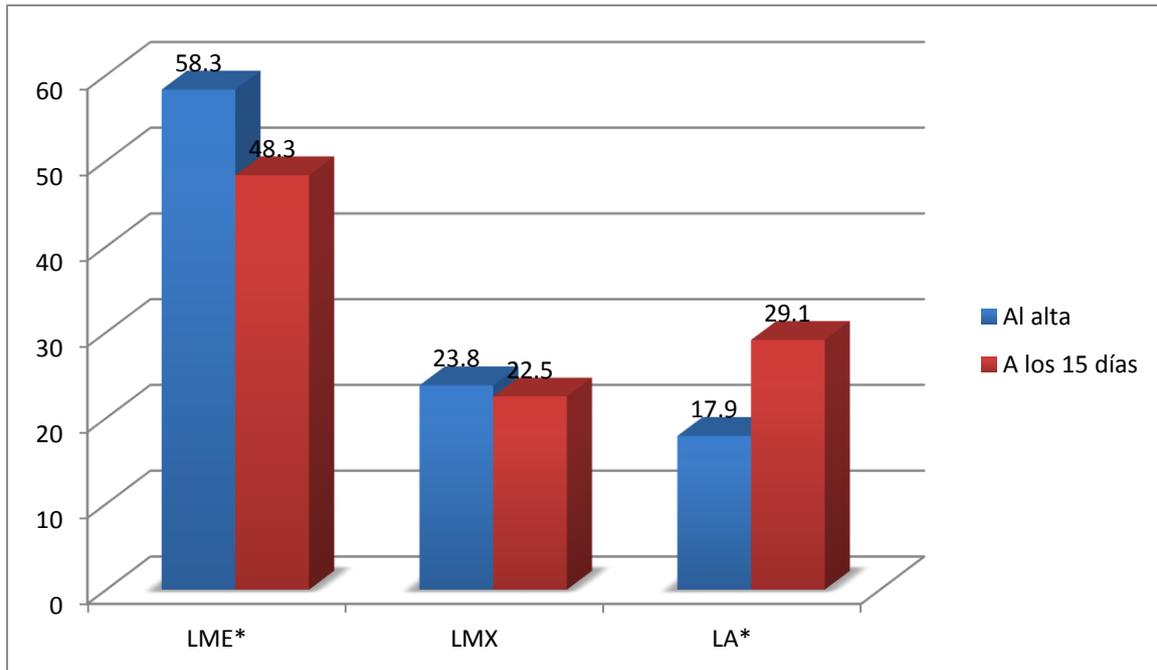


Figura 7. Comparativa entre la alimentación de los RNT al alta hospitalaria y a los 15 días de vida.
*Estadísticamente significativo.

Para determinar la prevalencia de niños alimentados con LM al alta hospitalaria que forma parte del objetivo principal del estudio, sumamos los valores de LME y LMX al alta hospitalaria y así obtenemos la tasa de LM que se sitúa en un 82,1%. Realizando lo mismo a los 15 días obtenemos que un 70,8% de las madres dan LM en este momento, comprobándose un descenso estadísticamente significativo. La tasa de LA es, por lo tanto, de 17,9% al alta hospitalaria y de 29,1% a los 15 días, estableciéndose un aumento con significación estadística (figura 8).

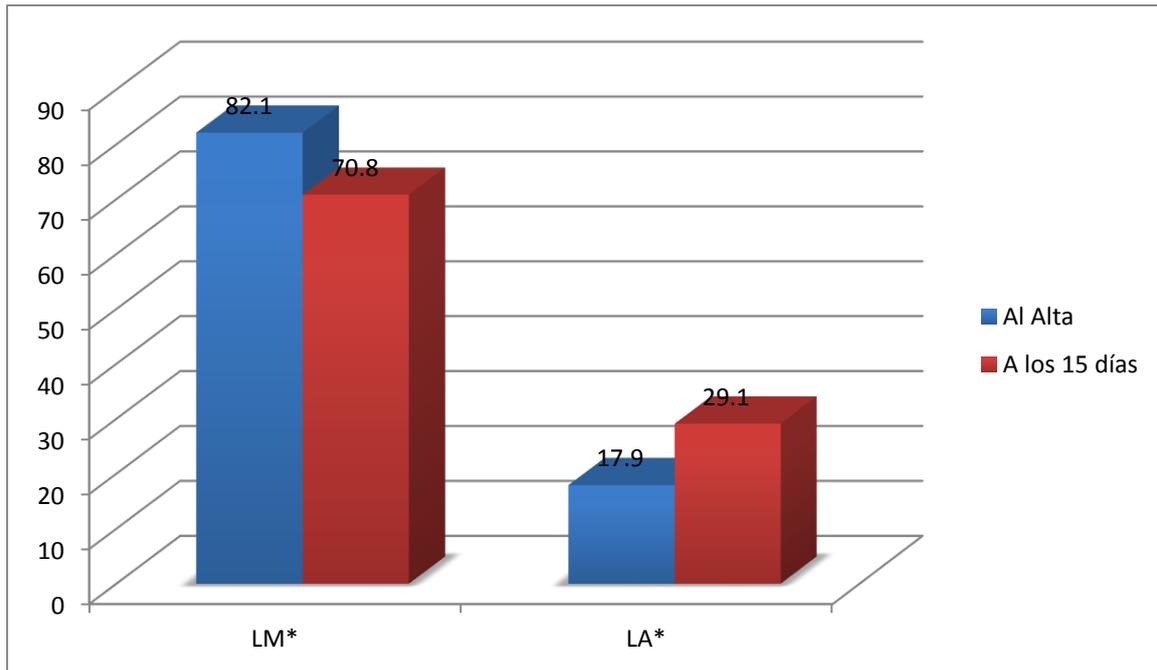


Figura 8. Comparativa entre la prevalencia de RNT con LM/LA al alta hospitalaria y a los 15 días de vida.
*Estadísticamente significativo.

Posteriormente se crearon nuevas variables; la primera de ellas denominada “Alimentación al alta del niño no ingresado”, donde se excluían a los 20 prematuros que quedaron hospitalizados a cargo del servicio de Neonatología. La segunda de ellas “Mantiene LME al alta”, donde además de excluirse a los 20 prematuros, se dejan a un lado también a las 21 madres que tenían decidido de antemano alimentar a sus hijos con leche artificial. La tercera de las variables creadas fue “Mantiene LME a los 15 días”, que incluye a las 124 púerperas que no tuvieron niños prematuros y a su vez daban LME o LMX al alta hospitalaria.

Las variables “Mantiene LME al alta” y “Mantiene LME a los 15 días” se compararon mediante el **test de T-Student** para prueba de muestras independientes con las variables cuantitativas del estudio “peso al inicio de la gestación”, “peso al final de la gestación” “edad de la madre”, “edad gestacional”, “peso al nacimiento”, “peso al alta



hospitalaria”, “longitud al nacimiento”, “PC al nacimiento”, “Apgar al minuto” y “Apgar a los 5 minutos”.

Se observaron resultados estadísticamente significativos en la comparativa de “Mantiene LME al alta” con algunas de las variables mencionadas anteriormente, de tal manera que, cuanto mayor es el peso al nacimiento y mayor es la puntuación de Apgar obtenida al minuto de vida, mayor es la tasa de mantenimiento de la LME al alta hospitalaria (tabla 3).

| | Mantiene LME al alta | | Significación |
|---------------------------------------|----------------------|--------|-----------------------|
| | No | Si | |
| Peso al inicio de la gestación | 65,713 | 63,750 | No significativo (NS) |
| Peso al final de la gestación | 76,300 | 75,912 | NS |
| Edad de la madre | 34,86 | 33,68 | NS |
| Edad gestacional | 39,24 | 39,53 | NS |
| Peso al nacimiento | 3,144 | 3,335 | 0,041* |
| Peso al alta hospitalaria | 3,099 | 3,159 | NS |
| Longitud al nacimiento | 49,179 | 49,419 | NS |
| PC al nacimiento | 34,143 | 34,466 | NS |
| Apgar al minuto | 8,29 | 8,99 | 0,033* |
| Apgar a los 5 minutos | 9,48 | 9,90 | NS |

Tabla 3. Comparativa de las variables cuantitativas con “Mantiene LME al alta”.

*Estadísticamente significativo.

Por otro lado se advirtieron también diferencias estadísticamente significativas en la comparativa de “Mantiene LME a los 15 días” con estas mismas variables, de tal manera que, cuanto mayor es el peso al nacimiento, mayor es la puntuación de Apgar obtenida a los 5 minutos de vida y mayor es el PC al nacimiento, mayor es la tasa de mantenimiento de la LME a los 15 días (tabla 4).



| | Mantiene LME a los 15 días | | |
|--------------------------------|----------------------------|--------|---------------|
| | No | Si | Significación |
| Peso al inicio de la gestación | 64,625 | 62,985 | NS |
| Peso al final de la gestación | 76,869 | 74,846 | NS |
| Edad de la madre | 34,61 | 33,90 | NS |
| Edad gestacional | 39,27 | 39,53 | NS |
| Peso al nacimiento | 3,180 | 3,354 | 0,043* |
| Peso al alta hospitalaria | 3,066 | 3,188 | NS |
| Longitud al nacimiento | 49,010 | 49,547 | NS |
| PC al nacimiento | 33,980 | 34,616 | 0,018* |
| Apgar al minuto | 9,08 | 8,85 | NS |
| Apgar a los 5 minutos | 9,82 | 9,96 | 0,044* |

Tabla 4. Comparativa de las variables cuantitativas con “Mantiene LME a los 15 días”.

*Estadísticamente significativo.

Las variables “Alimentación al alta del niño no ingresado” y “Alimentación a los 15 días” se compararon mediante el **test de Chi-cuadrado de Pearson** con las variables cualitativas del estudio “tipo de parto”, “complicaciones del parto”, “abortos previos”, “tiene más hijos”, “tenía decidido dar LM”, “tuvo apoyo en planta”, “hubiera necesitado más apoyo”, “necesitó ayuda en CS”, “alimentación de sus otros hijos”, “LM precoz” y “contacto piel con piel”.

En cuanto al tipo de alimentación al alta hospitalaria de los RNT, el porcentaje de mujeres que alimentaban a sus hijos con LME fue significativamente superior entre las que habían presentado un parto eutócico frente a las que habían tenido un parto instrumental o por cesárea.

De la misma manera, existe también un porcentaje mayor de RN alimentados con LME al alta hospitalaria en los hijos de madres que tenían decidido dar LM antes del parto y las que no habían sufrido complicaciones durante el mismo, siendo estas diferencias



estadísticamente significativas.

Por último, las mujeres que dieron LM durante la primera hora de vida del RN y aquellas que hicieron contacto piel con piel en paritorio, presentaban un porcentaje de LME al alta hospitalaria significativamente superior a aquellas mujeres que no habían podido realizar dichas prácticas.

Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el porcentaje de mujeres que alimentan a sus hijos con LME en función de si habían recibido apoyo a la LM durante su ingreso en planta, el haber tenido abortos previos, el haber sido madres previamente, el haber necesitado más apoyo a la LM del que recibieron, el haber necesitado ayuda en su CS y tampoco con el tipo de alimentación dada a sus otros hijos en caso de que los tuvieran (tabla 5).



| Alimentación al alta del niño no ingresado | | | | |
|--|--------|--------|--------|---------------|
| | LME | LMX | LA | Significación |
| Tipo de parto | | | | 0,001* |
| • Eutócico | 64/96 | 18/96 | 14/96 | |
| • Instrumental | 21/36 | 10/36 | 5/36 | |
| • Cesárea | 3/19 | 8/19 | 8/19 | |
| Complicaciones del parto | | | | 0,025* |
| • No | 80/128 | 29/128 | 19/128 | |
| • Si | 8/23 | 7/23 | 8/23 | |
| Abortos previos | | | | NS |
| • No | 63/109 | 23/109 | 23/109 | |
| • Si | 25/42 | 13/42 | 4/42 | |
| Tiene más hijos | | | | NS |
| • No | 49/82 | 22/82 | 11/82 | |
| • Si | 39/69 | 14/69 | 16/69 | |
| Tenía decidido dar LM | | | | <0,001* |
| • No | 0/21 | 0/21 | 21/21 | |
| • Si | 86/125 | 36/125 | 3/125 | |
| • No sabe | 2/5 | 0/5 | 3/5 | |
| Tuvo apoyo en planta | | | | NS |
| • No | 42/56 | 11/56 | 3/56 | |
| • Si | 46/74 | 25/74 | 3/74 | |
| Hubiera necesitado más apoyo | | | | NS |
| • No | 43/70 | 25/70 | 2/70 | |
| • Si | 45/60 | 11/60 | 4/60 | |
| Necesitó ayuda en su CS | | | | NS |
| • No | 68/103 | 29/103 | 6/103 | |
| • Si | 20/27 | 7/27 | 0/27 | |
| Alimentación de sus otros hijos | | | | NS |
| • Sin otros hijos | 48/72 | 21/72 | 3/72 | |
| • LME | 26/34 | 7/34 | 1/34 | |
| • LMX | 13/20 | 6/20 | 1/20 | |
| • LA | 1/4 | 2/4 | 1/4 | |
| LM precoz | | | | <0,001* |
| • No | 5/37 | 9/37 | 23/37 | |
| • Si | 77/104 | 23/104 | 4/104 | |
| Contacto piel con piel | | | | <0,001* |
| • No | 5/24 | 9/24 | 10/24 | |
| • Si | 82/125 | 27/125 | 16/125 | |

Tabla 5. Comparativa de las variables cualitativas con "Alimentación al alta del niño no ingresado".

*Estadísticamente significativo.



En cuanto a la alimentación de los niños a los 15 días de vida, se encontraron tasas de LME superiores en las mujeres que tenían decidido dar LM antes del parto frente a las que no lo tenían decidido, así como en aquellas que habían podido dar LM precoz, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (tabla 6).

Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el porcentaje de mujeres que alimentan a sus hijos con LME en función de si tuvieron un tipo de parto u otro y tuvieron complicaciones durante el mismo o no, el haber tenido contacto piel con piel, el haber recibido apoyo a la LM durante su ingreso en planta, el haber tenido abortos previos, el haber sido madres previamente, el haber necesitado más apoyo a la LM del que recibieron, el haber necesitado ayuda en su CS, y tampoco con el tipo de alimentación dada a sus otros hijos en caso de que los tuvieran (tabla 6).



| Alimentación a los 15 días | | | | |
|--|--------|--------|--------|---------------|
| | LME | LMX | LA | Significación |
| Tipo de parto | | | | NS |
| • Eutócico | 52/96 | 20/96 | 24/96 | |
| • Instrumental | 17/36 | 6/36 | 13/36 | |
| • Cesárea | 4/19 | 8/19 | 7/19 | |
| Complicaciones del parto | | | | NS |
| • No | 62/128 | 30/128 | 36/128 | |
| • Si | 11/23 | 4/23 | 8/23 | |
| Abortos previos | | | | NS |
| • No | 51/109 | 21/109 | 37/109 | |
| • Si | 22/42 | 13/42 | 7/42 | |
| Tiene más hijos | | | | NS |
| • No | 38/82 | 22/82 | 22/82 | |
| • Si | 35/69 | 12/69 | 22/69 | |
| Tenía decidido dar LM | | | | <0,001* |
| • No | 0/21 | 0/21 | 21/21 | |
| • Si | 72/125 | 32/125 | 21/125 | |
| • No sabe | 1/5 | 2/5 | 2/5 | |
| Tuvo apoyo en planta | | | | NS |
| • No | 37/56 | 13/56 | 6/56 | |
| • Si | 36/74 | 21/74 | 17/74 | |
| Hubiera necesitado más apoyo | | | | NS |
| • No | 37/70 | 19/70 | 14/70 | |
| • Si | 36/60 | 15/60 | 9/60 | |
| Necesitó ayuda en su CS | | | | NS |
| • No | 57/103 | 26/103 | 20/103 | |
| • Si | 16/27 | 8/27 | 3/27 | |
| Alimentación de sus otros hijos | | | | NS |
| • Sin otros hijos | 37/72 | 20/72 | 15/72 | |
| • LME | 24/34 | 6/34 | 4/34 | |
| • LMX | 10/20 | 8/20 | 2/20 | |
| • LA | 2/4 | 0/4 | 2/4 | |
| LM precoz | | | | <0,001* |
| • No | 8/37 | 7/37 | 22/37 | |
| • Si | 61/104 | 22/104 | 21/104 | |
| Contacto piel con piel | | | | NS |
| • No | 7/24 | 8/24 | 9/24 | |
| • Si | 65/125 | 26/125 | 34/125 | |

Tabla 6. Comparativa de las variables cualitativas con "Alimentación a los 15 días".

*Estadísticamente significativo.



5. DISCUSIÓN

En 2009, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias realiza una encuesta de salud infantil, para obtener datos de prevalencia de lactancia, a padres y tutores de esta comunidad autónoma. La muestra que maneja es de 2.461 casos de niños y niñas que tienen entre 0 a 15 años, obteniendo los datos de manera retrospectiva sobre un período de análisis de los últimos 15 años³⁷.

En este estudio, La prevalencia de LME a los 7 días del parto se cifra en la totalidad de la muestra encuestada en el 59%, reduciéndose progresivamente. Así, a los 28 días baja al 57% (mejores valores que en nuestro estudio), siendo a los tres meses del 34%, a los 120 días del 27% y a los seis meses de solo el 14%. También se desprende de esta investigación que en algún momento de estos 6 meses, casi el 60% de los niños y niñas estuvieron sometidos a un régimen de LME³⁷. Estos datos coinciden con los de nuestro trabajo, ya que también observamos una disminución significativa del porcentaje de niños alimentados con LME a los 15 días. Aunque en nuestro estudio no disponemos de datos más allá de esta edad, lo esperado será que la tasa de LME vaya disminuyendo a medida que aumenta la edad de los niños, tal como exponen en el citado trabajo.

Este trabajo llevado a cabo en 2009 también efectúa una encuesta de atención maternal y neonatal en Asturias sobre 3253 mujeres que tuvieron un parto durante el primer semestre de ese año³⁷.

En esta encuesta se muestra que durante la estancia hospitalaria el 40% de los



niños recibió LME, el 42% LMX y el 18% LA, valores más negativos que en nuestro estudio, pasando a ser estos datos a los tres meses de edad del 53,9% con LME, 9,9% LMX y 36,3% LA. También se valora otra variable presente en nuestro estudio como es el contacto piel con piel, donde nos dicen que el 84% de los partos vaginales y el 42 % de las cesáreas lo mantuvieron, y que a su vez, el tiempo de duración del mismo fue menor a 30 minutos para el 74%, de entre 30 y 60 minutos para el 12% y mayor de 60 minutos para el 13%, consiguiendo mejores datos en nuestro TFM³⁷. Esto probablemente sea debido a los cambios que poco a poco se van introduciendo en la práctica clínica diaria de matronas y obstetras, de manera que cada vez se valora más el contacto piel con piel durante más de 60 minutos en el paritorio y la LM precoz. En nuestro hospital, los partos por cesárea no realizan contacto piel con piel con la madre debido a su ingreso en las unidades de reanimación, pero desde los últimos años si lo pueden hacer con el padre si así lo desea.

Suárez Gil et al., en su estudio sobre prevalencia y duración de la LM en Asturias sobre 418 entrevistas, obtiene unos datos de prevalencia de LME al inicio de 51,4%, decayendo al 14,9% a los 90 días y al 8,7% a los 120 días. Datos aún más bajos que en nuestro trabajo. Encontró una relación positiva con que la madre tuviera estudios universitarios y el haber sido atendida por la matrona durante el embarazo y a su vez detectó una relación inversa entre la LME y que el niño hubiera recibido suplementos en las primeras horas de vida³⁸.

Suárez Gil et al., concluyen que la prevalencia de LME es muy inferior a la recomendada por la OMS, especialmente su duración y que en las zonas rurales se mantienen patrones más adecuados de lactancia que en el hábitat urbano³⁸.



El informe técnico sobre la LM en España elaborado por el CLM de la AEP, establece una duración media de la LM de 3,20 meses donde el 55% de las madres superaron los tres meses dando alguna toma de pecho. La media para Asturias es bastante inferior en comparación con otros lugares de la geografía española siendo de 2,18 meses³⁹.

Este informe de expertos establece una frecuencia de LM al inicio del 84,2%, al mes de vida del 77,6% (ambos valores mejores que en nuestro trabajo), a los tres meses del 54,9% y a los seis meses del 24,8%. Se comprobó también que la lactancia fue significativamente más corta en los casos en que la EG era menor de 37 semanas, en el parto mediante cesárea, en el peso de nacimiento menor de 2.500 gramos, cuando el nivel de estudios era bajo y en la edad de la madre menor de 25 años, donde la mayoría de estos datos concuerdan con los de nuestro trabajo³⁹.

Gómez Bautista et al., en su estudio sobre promoción e incidencia de la LM en el servicio de Tocología del Hospital “La Inmaculada” de Huércal-Overa (Almería) del 2005, obtiene unos resultados mejores que los nuestros del 67,6% de LME al alta hospitalaria sobre una muestra de 693 madres, lo que califican como un porcentaje aceptable, pero no suficiente para conseguir la acreditación del IHAN que requiere alcanzar entre el 75 y 80% de LME al alta entre sus criterios de admisión⁴⁰.

Gómez Bautista et al., razonan que se dan circunstancias que interfieren con la LM como la utilización de tetinas y chupetes, facilidad de disponer de biberones, un entorno familiar desfavorable hacia la LM y la falta de un protocolo común sobre LM en el



área materno-infantil⁴⁰. En el HUCA desde hace unos años no se dispone de chupetes en las plantas de obstetricia y, en general, no se ofrecen biberones de fórmula adaptada a los RN cuyas madres quieren alimentarlos con LME, a no ser que haya una indicación clínica. A pesar de estas prácticas, los porcentajes de LME al alta hospitalaria son menores a los del trabajo de Gómez Bautista et al.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía realiza un trabajo sobre la LM en Andalucía con los niños nacidos en su Comunidad Autónoma entre junio de 2003 y junio de 2004 que guarda bastantes similitudes con el nuestro en múltiples aspectos pero con una muestra mucho mayor⁴¹.

Entre todos los resultados que obtienen cabe destacar que el 81,6% de los niños son alimentados con LM completa al nacer frente al 3,8% con LM parcial y el 14,8% con LA. Estas cifras son del 63%, 10,4% y 26,6% respectivamente al mes del nacimiento, y en concreto, la LM completa sigue descendiendo mes a mes durante todo el primer año de vida. A pesar de que en nuestro trabajo encontramos tasas de LME al alta hospitalaria inferiores, llama la atención que en este trabajo sólo el 37,4% da LME al mes del nacimiento, valor claramente más bajo que la alimentación con LME a los 15 días en nuestro trabajo. Además, la tasa de LME en dicho estudio sufre un descenso aún más agudo en el segundo mes de vida, siendo ésta del 19%. Por último, se analizan otras variables que aparecen también en nuestro estudio como la puesta al pecho tras la primera hora de vida y si las madres recibieron información sobre LM tras el parto, consiguiendo unos porcentajes del 61,8% y del 51,5%⁴¹, respectivamente, ambos datos inferiores a los nuestros.



Sacristán Martín et al, en su publicación sobre la situación actual y factores que condicionan la LM en Castilla y León, afirman que el 82,7% de su muestra inicia la LME, lo cual está de acuerdo con el objetivo de la OMS para 2010. A los cuatro meses, el 64,9% del porcentaje anterior aún sigue con LME, lo que indica un número bastante más elevado que en la mayoría de estudios similares en nuestro país⁴².

Sacristán Martín et al., estudian también el peso del RN, la edad materna, el tipo de parto y el apoyo en el hospital, entre otros, como factores que condicionan la LM al igual que se hace en nuestro trabajo, y a pesar de los resultados obtenidos, acaban concluyendo como la mayoría, que los índices de LME y sobre todo su mantenimiento hasta los seis meses de vida, continúan alejados de los estándares propuestos a nivel mundial⁴².

Hostalot Abás et al., en su investigación sobre LM en el sur de Cataluña, comparan justamente los mismos valores de LME que en nuestro trabajo, al alta hospitalaria y a los 15 días. Los datos que aportan son mucho mejores que los nuestros, siendo un 78% para la LME al alta hospitalaria y un 89,7% del porcentaje anterior para las madres que seguían manteniendo la LME a los 15 días⁴³.

Barriuso Lapresa et al., en su estudio sobre Epidemiología de la LM en el centro-norte de España siguen marcando una tendencia de resultados, al igual que el estudio anterior, con unos datos más elevados que los nuestros ⁴⁴.

Hernández Aguilar et al., en su trabajo sobre LM en la Comunidad Valenciana,



concluyen que las tasas de incidencia y prevalencia de LM están muy por debajo de lo recomendado por la OMS, aún así consiguen un 63,7% de LME al mes de vida en sus resultados, valor que sigue siendo mayor que el nuestro incluso al alta hospitalaria⁴⁵.

Estévez González et al., en su publicación sobre factores relacionados con el abandono de la LM, coincide con nosotros en sus resultados en que el haber decidido dar LM con anterioridad al parto, el haber transcurrido poco tiempo desde el parto hasta la primera puesta al pecho y el tener un parto eutócico, son factores facilitadores para la continuidad de la LM⁴⁶.

Figuroa Romero et al., en su estudio observacional sobre LM durante la estancia en maternidad, teniendo una muestra muy parecida a la nuestra de 200 mujeres, coinciden con nosotros en que no existen diferencias significativas en el tipo de alimentación recibida por el niño en función del número de hijos de la madre y de la edad de la madre. Además, tienen peores resultados de LM durante la estancia hospitalaria, sólo el 46% dan LM frente al 54% que dan LA⁴⁷.

En la búsqueda de estudios similares encontramos un trabajo de Celia Navarro Gil en dos comarcas del norte de la provincia de Huesca con unos datos de 89,5% de LME al alta hospitalaria, manteniendo una prevalencia del 82,4% al mes de vida, resultados que están en la línea de los objetivos marcados por la OMS. El principal problema encontrado en este trabajo es que la muestra es muy pequeña, 19 madres en dos meses, lo cual nos hace pensar viendo la tendencia en otros lugares de la geografía española que esos porcentajes disminuirían considerablemente aumentando la muestra⁴⁸.



Otros estudios encontrados de CS nos indican una LME inicial ligeramente superior a la nuestra en un pueblo de León⁴⁹, y la dificultad de la instauración de la lactancia en el primer mes de vida, lo que provoca importantes descensos en las tasas de LM como se afirma desde Zaragoza y como vemos que ocurre también en nuestro estudio, coincidiendo además con este último en algunos de los factores tanto negativos como positivos que afectan a la lactancia⁵⁰.

Hay que resaltar que en nuestro trabajo un porcentaje elevado de mujeres no presentaron apoyo a la LM durante su ingreso hospitalario, y un porcentaje muy pequeño consultaron en su CS. Probablemente si consiguiéramos mejorar el apoyo de estas mujeres durante los días siguientes al parto conseguiríamos mejores índices de LM.

Resumiendo, podemos decir que nuestros resultados mejoran en su mayoría a los obtenidos en Asturias en los estudios aquí presentados, y a su vez, empeoran los obtenidos en conjunto del resto de lugares de España, si bien es cierto que, la mayoría de factores que resultan estadísticamente significativos en nuestro trabajo, también lo son en gran parte del resto de estudios comentados.

A pesar de que los porcentajes de LME en nuestro trabajo son superiores a los publicados en otros trabajos realizados en Asturias, es importante resaltar que están muy alejados de los objetivos marcados por la OMS, por lo que se debería revisar la estrategia que se está llevando a cabo en la sociedad para favorecer el mantenimiento de la LME el máximo tiempo posible.



6. CONCLUSIONES

1. La tasa de LM al alta hospitalaria es del 82,1%, observándose un descenso significativo del 11,3% hasta llegar al 70,8% a los 15 días de dar a luz.
2. La prevalencia de LME a los 15 días del alumbramiento se sitúa en el 48,3%, un valor muy inferior al recomendado por la OMS.
3. Existe una caída del 10% entre la tasa de LME al alta hospitalaria que es del 58,3% y la registrada a los 15 días, lo que viene a confirmar el grado de dificultad para su instauración y establecimiento.
4. Cuanto mayor es el peso al nacimiento y mayor es la puntuación obtenida en el Apgar al minuto de vida, mejor es la instauración de la LME.
5. Cuanto mayor es el peso y PC al nacimiento y mayor es la puntuación obtenida en el Apgar a los cinco minutos de vida, el establecimiento de la LME a los 15 días resulta ser más efectivo.
6. Las mujeres que dan a luz por parto eutócico instauran mucho mejor la LME que las que tienen un parto instrumental o por cesárea. De la misma forma, el tener decidido dar LM antes del parto, el no sufrir complicaciones durante el mismo, el dar LM precoz durante la primera hora de vida y recibir contacto piel con piel de



más de 60 minutos nada más nacer, conlleva que los RNT tendrán también una mejor instauración de la LME.

7. Factores como tener decidido dar LM antes del parto y dar LM precoz al nacimiento, mejoran el establecimiento de la LME a los 15 días.



7. BIBLIOGRAFÍA

1. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008 Jan 26;371(9609):340-57.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115:496-506.
3. Gómez García MC, Ruzafa Martínez M, Ruiz García MJ. Lactancia materna para enfermería. 2000.
4. WHO, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO, 2003.
5. Wolf JH. Low breastfeeding rates and public health in the United States. *Am J Public Health*. 2003 Dec; 93(12):2000-10.
6. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, et al. Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008 Jan 19;371(9608):243-60.
7. Colodro-Conde L, Sánchez-Romero JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, et al. Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *J Hum Lact*. 2011 Aug;27(3):272-8.
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). (2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. <http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.htm>
9. WHO. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 1, Definitions. Geneva: WHO, 2008.
10. Gómez MG, Banck CD, Gómez MA. Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev Mex Pediatr* 2012; 79(1); 32-39.
11. Oddy W. Breastfeeding protects against illness and infection in infants and children: a review of the evidence. *Breastfeeding Rev* 2001; 9(2): 11-18.
12. Hanson LA. Protective effects of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004; 93(2): 154-6.
13. Rodriguez NA, Miracle DJ, Meier PP. Sharing the science on human milk feedings with mothers of very-low-birth-weight infants. *JOGGN* 2005; 34(1): 109-19.
14. McVea KL, Turner PD, Peppler DK. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J Hum Lact* 2000; 16(1): 13-20.
15. Morley R, Fewtrell MS, Abbott RA, Stephenson T, MacFadyen U, et al. Neurodevelopment in children born small for gestational age: a randomized trial of nutrient-enriched versus standard formula and comparison with a reference breastfed group. *Pediatrics* 2004; 113(3 Pt 1): 515-21.
16. Kull I, Almqvist C, Lilja G, Pershagen G, Wickman M. Breastfeeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. *J Allergy Clin Immunol* 2004; 114(4): 755-60.
17. Prescott SL, Tang MLK. The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. *MJA* 2005; 182(9): 464-7.
18. WHO. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. 2013.
19. Rich-Edwards JW, Stampfer MJ, Manson JE, Rosner B, Hu FB, et al. Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology* 2004; 15(5): 550-6.
20. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Funciones básicas de los seres vivos, relación, nutrición y reproducción. Piel con piel: ¿hasta cuándo?. En: *Maternidad y salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2002. 53-56.
21. Martínez Rubio A. Ventajas de la lactancia materna para la madre. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. En: *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid: Ergón. 2004. 119-123.
22. Beral V. Breastfeeding: Collaborative reanalysis of individual data for 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360: 187-95.



23. Tung KH, Goodman MT, Wu AH, McDuffie K, Wilkens LR, et al. Reproductive factors and epithelial ovarian cancer risk by histologic type: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol* 2003 Oct 1; 158(7): 629–38.
24. Aguilar Cordero MJ. Necesidades nutricionales del recién nacido. En: *Tratado de enfermería infantil*. Madrid: 2ª ed. Elsevier Science. 2012. 47-66.
25. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003; 112(3 Pt 1):607-19.
26. Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva: World Health Organization, 1999.
27. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002; 31(1):12-32.
28. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006; 117(4):e646- 55.
29. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self- efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999; 15(3):195-201.
30. WHO. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: WHO, 1981.
31. WHO & UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Florence: WHO, 1990.
32. WHO. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: WHO, 1998.
33. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
34. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna>
35. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Proposición no de Ley relativa a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, con especial atención a la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. Comisiones núm 831 de 16/12/1999.
36. Santamaría Lozano R, Agra Varela Y, de la Cueva P, Gilsaz Rodríguez F, Guasch Arévalo E, et al. Atención Hospitalaria al Parto: análisis de situación. Estándares y Recomendaciones sobre la Maternidad Hospitalaria en España. En: *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones* Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. 32-34.
37. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Lactancia materna en Asturias. 2009. https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/Lalactanciaenlas%20fuentes%20y%20registros.pdf
38. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit* 2000; 15 (2): 104-110.
39. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999;50:333-340.
40. Gómez Bautista R, Díaz Sáez J, Sánchez García R, Giménez Parra T, Martínez Clemente MJ, et al. Promoción e incidencia de la lactancia materna en el servicio de Tología del Hospital “La Inmaculada” de Huércal-Overa (Almería). *Medicina Naturista*, 2006; N.º 10: 618-619.
41. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. La lactancia materna en Andalucía. 2005. http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf
42. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011;13:33-46.
43. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacós J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 297-302.
44. Barriuso Lapresa LMª, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50(3): 237-243.



45. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuan C, et al. La lactancia materna en la C. Valenciana. Análisis multivalente de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 19-37.
46. Estévez González M^aD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 144-150.
47. Figueroa Romero MA, Fondevilla Saucí J, González Vila L, Mora Navarro D, Delgado Rioja MA, et al. Estudio observacional sobre lactancia materna durante la estancia en maternidad. *Vox Paediatrica* 2004; 12(1): 60-92.
48. Navarro Gil C. Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego. *Medicina Naturista*, 2013; 7(2): 61-65.
49. Morán Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp*. 2009;24(2):213-217.
50. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:17-26.



8. ANEXOS

8.1. Aceptación de tutorización .



**PROPUESTA DE ACEPTACIÓN DE TUTORIZACIÓN DEL TRABAJO FIN DE MÁSTER, EN EL
MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS POR LA
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

MARTA SUÁREZ RODRÍGUEZ, Doctor en MEDICINA por la Universidad de NAVARRA, FEA de Pediatría del AGC Pediatría del HUCA y Profesora del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

ACEPTO TUTORIZAR A:

PEDRO LUIS DEL MAZO TOMÉ, con Trabajo Fin de Máster titulado:

“ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS CON RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO”

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente en Oviedo a 20 de Enero de 2016.


Vº Bº

Vº Bº



8.2. Hoja de datos.

CASO NÚMERO:

Hª madre:

Número de teléfono:

Peso al inicio de la gestación:

Peso al dar a la luz:

Edad de la madre:

Edad gestacional:

Tipo de parto:

Complicaciones en el parto:

¿Tiene más hijos?:

Abortos:

¿Tenía decidido dar lactancia materna?:

Observaciones:

Hª niñ@:

Fecha de nacimiento:

Peso al nacer:

Peso al alta:

Longitud:

Perímetro cefálico:

Apgar 1 minuto:

Apgar 5 minutos:

Recibe lactancia materna precoz:

Contacto piel con piel:

Observaciones:

Llamada a los 15 días:

- **¿Mantiene la LM?:**
- **¿Recibió ayuda durante el ingreso sobre LM?:**
- **¿Le hubiera gustado más ayuda en el ingreso sobre LM?:**
- **¿Fue a su Centro de Salud porque necesitara ayuda sobre la LM?:**
- **¿Dio LM a sus otros hijos?:**



8.3. Consentimiento informado.

Estimada señora,

Solicitamos su autorización, de forma voluntaria y anónima, para acceder a sus datos (edad, edad gestacional, peso al inicio y al final de la gestación, tipo de parto, complicaciones en el parto, si tiene más hijos...) y a los de su hijo (peso al nacer y al alta hospitalaria, Apgar a los 5 minutos, si recibe lactancia materna precoz, si tuvo contacto piel con piel, alimentación al alta hospitalaria...) en el programa informático Millenium del H.U.C.A. para poder llevar a cabo el Trabajo Fin de Máster "Establecimiento de la lactancia materna en puérperas con recién nacidos a término". Estos datos nos servirán posteriormente para objetivar el establecimiento o no de la lactancia materna y para poder determinar si alguno de esos datos recogidos se relaciona de manera significativa con el fracaso en el mantenimiento de la misma a los 15 días.

De igual manera, necesitaremos también llamarla a los 15 días, para preguntarla sobre la alimentación de su hijo en ese momento ya que analizaremos si a los 15 días se mantiene la misma tasa de lactancia materna exclusiva que al alta hospitalaria y estableceremos la prevalencia de lactancia materna exclusiva a al día 15 del alumbramiento.

Todos los datos obtenidos son confidenciales.

D.U.E. Pedro Luis del Mazo Tomé

DOÑA

Con D.N.I. nº

Autorizo a que me llamen a los 15 días y a que accedan a mis datos y a los de mi hijo en el programa informático Millenium con el objeto del estudio planteado.

Fecha



8.4. Autorización comité de ética.



**SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

**Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias**
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 10 de Marzo de 2016

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 65/16, titulado: "ESTABLECIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN PUÉRPERAS CON RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO". Investigador Principal D. Pedro Luís del Mazo Tomé. Trabajo fin de Master.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias

