

AUTORES

M^a Nieves Tur Tur ^{1,2}
 Manuela Ramos Barbosa ^{2,3}
 Miguel Ángel Parada Nogueiras ^{4,5}

¹ Enfermera Especialista en Pediatría, Unidad de Nidos, Complejo Asistencial Universitario de León

² Comité de Lactancia Materna del Complejo Asistencial Universitario de León

³ Enfermera, Unidad de Obstetricia, Complejo Asistencial Universitario de León

⁴ Enfermero, Complejo Asistencial Universitario de León

⁵ Profesor Asociado Doctor, Universidad de León, Facultad de Enfermería

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ M^a Nieves Tur Tur
 Dirección Complejo Asistencial Universitario de León:
 Altos de Nava s/n, 24071, León, España.

☎ +34 987 237 400

@ turturniev@gmail.com

ANÁLISIS DEL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN

ANALYSIS OF THE INITIATION AND MAINTENANCE OF BREASTFEEDING AT THE UNIVERSITY HOSPITAL IN LEÓN

RESUMEN

Introducción

La Organización Mundial de la Salud recomienda el amamantamiento exclusivo hasta los 6 meses y posteriormente con alimentación complementaria hasta los 2 años o más. Distintos organismos promueven la recuperación de la lactancia materna, porque la leche humana proporciona los nutrientes para un crecimiento y desarrollo adecuado, además de numerosos beneficios para la salud del lactante y de la madre.

Objetivos

Estimar la prevalencia del contacto con lactancia materna y artificial, al nacimiento y durante la estancia de los recién nacidos en el Complejo Asistencial Universitario de León. Determinar cuánto tiempo se mantiene la lactancia materna tras el alta médica, en el domicilio, y los factores causantes del destete precoz.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo y longitudinal. Se estudiaron 185 recién nacidos, al nacimiento y 7 años después, para incluir lactancias prolongadas. Se entrevistó a las madres, en el hospital y posteriormente por teléfono. Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar, y las cualitativas con número y porcentajes. Para el análisis estadístico de las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi Cuadrado.

Resultados

El 72,5% de recién nacidos tuvo su primer contacto con la lactancia materna en el hospital, pero sólo el 21,1% recibió lactancia materna exclusiva. El 74,4% de las madres optó por la lactancia materna tras el alta, durante una media de 11,4 meses.

Conclusiones

Aunque los recién nacidos contactaron los primeros días de vida con la leche de fórmula, la lactancia materna exclusiva, instaurada la leche definitiva, es exitosa y duradera en un elevado número de casos.

ABSTRACT

Introduction

World Health Organization recommends exclusive breastfeeding up to 6 months old and after with complementary feeding until 2 years old or beyond. Different organisms promote the recovery of breastfeeding, because human milk provides the nutrients for proper growth and development, as well as numerous benefits for the health of the infant and the mother.

Objectives

To estimate the prevalence of contact with breastfeeding and artificial lactation, at birth and during the stay of newborns in the "Complejo Asistencial Universitario de León". To determine how long the breastfeeding is maintained after the medical discharge, at home, and the factors that cause early weaning.

Material and methods

Descriptive and longitudinal observational study. 185 newborns were studied, at birth and 7 years later, to include prolonged lactations. The mothers were interviewed in the hospital and later by phone. The quantitative variables were described with the mean and standard deviation, and the qualitative variables with number and percentages. For the statistical analysis of the qualitative variables, the Chi-square test was used.

Results

72.5% of the newborns had their first contact with the breastfeeding in the hospital, but only 21.1% received exclusive breastfeeding. 74.4% of the mothers opted for the breastfeeding, after discharge, for an average of 11.4 months.

Conclusions

Although the newborns contacted in their first days of life, with formula milk, the exclusive breastfeeding, once the definitive milk was established, is successful and durable in a high number of cases.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, lactancia materna exclusiva, lactancia prolongada, recién nacido

KEYWORDS

Breastfeeding, exclusive breastfeeding, prolonged lactation, newborn

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) o lactancia natural es fundamental en el desarrollo de nuestra especie, sin embargo, aún siendo la forma ideal de alimentación, frecuentemente la sociedad la ha delegado al acceder a niveles más elevados de bienestar¹.

Desde que existe conocimiento, se ha realizado lactancia compartida (una mujer amamanta a un niño que no es su hijo biológico), mercenaria o solidaria según han mediado o no intereses económicos. Ya en la Grecia Clásica existe una preferencia por las amas de cría respecto a las propias madres y, posteriormente, en el Imperio Romano se habla de la recurrencia a nodrizas por parte de las mujeres nobles para amamantar a sus hijos. La tasa de mortalidad infantil es muy elevada en el siglo XVIII con el sistema de nodrizas^{2,3}, entre el 50-90% de los niños alimentados por éstas en la inclusa fallecían, frente al 10,9% de los alimentados por sus madres. Años más tarde, los descubrimientos de Louis Pasteur contribuyen a la desaparición de esta lactancia mercenaria¹.

Actualmente la lactancia solidaria se realiza a través de bancos de leche que son "centros especializados responsables de la promoción y apoyo a la lactancia, donde la leche humana donada por madres seleccionadas se recibe, procesa, analiza, almacena y posteriormente se distribuye a los centros hospitalarios para alimentar a los recién nacidos (RN) hospitalizados que no pueden recibir leche de su propia madre"⁴. En España en este momento existen 14 bancos de leche (el primero desde 2001)⁵.

La decisión de amamantar a un hijo, así como su continuidad o mantenimiento, está influenciada por factores sociales, culturales y económicos. El hecho de que las generaciones actuales hayan tenido escaso o nulo contacto con la LM, no tienen un referente cercano, es decir, no lo han visto hacer y no lo aceptan como natural, y que la información/formación que se recibe durante la gestación no se aprenda de la misma manera que lo legado, aumenta las posibilidades de abandono de la LM ante cualquier eventualidad, ya que la madre puede ver que su opción es cuestionada por el entorno

si surge algún contratiempo. Además, en España la legislación vigente en relación a los derechos de las madres trabajadoras solo garantiza la LM a demanda durante los primeros 4 meses de vida¹. La maternidad y consecuentemente el amamantamiento no se protege por igual en todos los países europeos.

La mujer que amamanta aprende a atender las necesidades de su hijo, y descubre que el pecho es fuente de vida, alimento, amor, refugio, calor, protección, consuelo y alivio del dolor, además la lactancia natural estrecha el vínculo afectivo. La LM a demanda, sin esperar a que los bebés lloren, implica un estilo de crianza respetuoso con las necesidades de los mismos¹.

Los beneficios del amamantamiento se relacionan con la protección frente a distintos trastornos infecciosos (menos incidencia de gastroenteritis, otitis media, infecciones respiratorias bajas...), efecto que se prolonga después de la lactancia, menor frecuencia de eczema atópico, menor incidencia de síntomas similares al asma, mejores niveles de neurodesarrollo, mejor agudeza visual, menor riesgo de síndrome metabólico, niveles más bajos de colesterol e hipertensión, menor riesgo de síndrome de muerte súbita en el lactante, etc.⁶ En general, estos efectos beneficiosos son transferidos por las inmunoglobulinas A presentes en la leche materna^{1,7}. En niños prematuros por cada 10 ml/kg/día de leche que recibe el bebé, el índice de desarrollo mental aumenta 0,53 puntos, el psicomotor aumenta 0,63 puntos, y el riesgo de hospitalización por causa infecciosa desciende un 6%⁸. La LM, sobre todo si es prolongada, también tiene beneficios para las madres: protección frente al cáncer de ovario y mama, menor riesgo de diabetes tipo 2, menor riesgo de depresión posparto, mayor densidad mineral ósea en edad avanzada...¹.

Las lactancias prolongadas, aquellas que continúan en niños mayores de un año, son entendidas en muchos casos como no recomendadas, pero realmente son un objetivo en salud materno-infantil. Varios estudios antropológicos afirman que la edad del destete natural está entre los 2,5 y los 7 años⁹, cuando

el individuo cuadruplica su peso al nacer¹⁰. El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) apoya a las mujeres que han decidido amamantar, independientemente de la edad de sus hijos pues, a mayor duración de la LM mayor es su beneficio potencial, porque la principal dificultad con la que se encuentran estas madres es el rechazo social y profesional por desconocimiento de la evidencia científica actual¹¹. Actualmente, y desde el año 2017 el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE) dispone de Comité de Lactancia Materna, constituido por pediatras, ginecólogo, anestesista, matronas, enfermera especialista en pediatría, enfermera de obstetricia, representante de los grupos de apoyo a la LM y otros profesionales de la salud.

Por todos los beneficios de la LM, distintas organizaciones promueven desde hace más de 50 años la recuperación de la lactancia natural, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS) que afirma que "es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables" y recomienda la LM exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida, y el mantenimiento de la misma junto con alimentación complementaria hasta los 2 años o más¹².



LAS LACTANCIAS PROLONGADAS, AQUELLAS QUE CONTINÚAN EN NIÑOS MAYORES DE UN AÑO, SON ENTENDIDAS EN MUCHOS CASOS COMO NO RECOMENDADAS

LA LACTANCIA MATERNA EN ALGUNOS CASOS HA DE SER COMPLEMENTADA CON LECHE DE FÓRMULA, ENTONCES SE DENOMINA LACTANCIA MIXTA

UNICEF (Fundación de Naciones Unidas para la Infancia) comparte 8 consejos para aquellas madres que deciden dar el pecho para que consigan una LM más exitosa: hablar de la importancia y las formas de LM con otras embarazadas y familiares, favorecer el contacto piel con piel inmediato y ayudar a las mujeres para que inicien la lactancia tan pronto como sea posible, resolver los problemas más comunes al comienzo de la misma, no dar a los RN ningún otro alimento o líquido distinto a la leche materna (salvo indicación médica), permitir que madres y bebés convivan las 24 horas del día, ayudar a las progenitoras a reconocer y responder a las señales de sus bebés para alimentarlos, aconsejarlas sobre el uso y riesgos de usar biberones, tetinas y chupetes y por último, la coordinación del alta para que padres y bebés tenga acceso oportuno a una asistencia y atención continua¹³.

La OMS y UNICEF lanzaron la IHAN "Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños" en 1991. Actualmente, desde 2009, se la denomina "Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia" para animar a los hospitales, servicios de salud y a las maternidades a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LM desde el nacimiento¹⁴.

La LM en algunos casos ha de ser complementada con leche de fórmula, entonces se denomina lactancia mixta. Si el neonato es alimentado únicamente con leche de fórmula hablamos de lactancia artificial (LA). Si el bebé es alimentado con LM y le ofrecemos ocasionalmente alguna toma de leche de fórmula nos estamos refiriendo a "biberón extra o pirata". En el año 2010, los RN en el CAULE presentaron, además de la lactancia materna exclusiva (LME), tres formas de alimentación, lactancia mixta, lactancia artificial y biberón extra o pirata, condicionadas por diferentes situaciones relacionadas con el estado de la madre y del RN. La lactancia mixta, en la que a medida que la madre va generando más leche se reduce la lactancia de fórmula hasta ser suspendida, fue utilizada más frecuentemente en los nacidos por cesárea, microsómicos (peso \leq 2500g), macrosómicos (peso \geq 4000g), RN con alguna patología, pérdida ponderal cercana al 10% o deseo expreso de la madre. Así, la LA fue común en patología de la madre o del RN incompatible con LM o por deseo expreso de la madre. En cuanto al soporte mediante biberón extra o pirata, las situaciones más habituales de utilización fueron las hipoglucemias neonatales, distrés transitorio de adaptación del RN, pérdida ponderal $>8\%$, disminución del número de micciones y deposiciones, sequedad de mucosas, ictericia, llanto persistente y desesperación relacionados con la succión del pezón con búsqueda manifiesta del RN, ausencia verificada de calostro, pezones planos hasta conseguir agarre o extracción mecánica del calostro, por patología transitoria de la madre o por angustia o cansancio de la misma.

El CAULE dispone de la "Unidad de Nidos", que en la actualidad representa una unidad poco común en otros hospitales españoles, cuyo

equipo está formado por neonatólogos y personal de Enfermería, que permite la detección precoz de la problemática que pueda surgir durante el inicio y mantenimiento de la alimentación del RN.

Durante su estancia en el hospital las mujeres que desean realizar LM reciben apoyo por parte de estos profesionales para conseguir su objetivo. Se les proporciona ayuda y se realiza observación en la realización de las tomas (recomendada por la OMS y la IHAN), aunque hasta el momento no ha existido registro en las historias de los RN o de sus madres de esta actividad. Además, se comprueba que las mujeres que optan por otro tipo de lactancia dispongan de la información necesaria para tomar esa decisión.

La estancia habitual de un RN a término por parto eutócico, o instrumentado (ventosa o fórceps), inducido o espontáneo era de 48h aproximadamente, y los nacidos por cesárea permanecían ingresados entre 3 o 4 días, salvo complicaciones, permaneciendo el RN con su madre hasta que ésta era dada de alta.

Formar parte de este equipo ha permitido el seguimiento de los RN desde su nacimiento hasta el destete y realizar este estudio cuyo objetivo fue conocer cuál ha sido el contacto con la LM y de fórmula que han tenido los bebés durante su estancia en el hospital y tras el alta, hasta finalizar el periodo de lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y longitudinal. Los datos se obtuvieron de la historia clínica de los RN y de las madres; además se recogió información mediante dos entrevistas semiestructuradas a las madres, la primera durante su ingreso en el hospital y la segunda tras el alta.

Los datos referidos al contacto con la lactancia en el hospital se recogieron de forma sistemática durante el periodo de tiempo comprendido entre el 23 de noviembre del año 2010 hasta el 25 de diciembre del mismo año, y en noviembre de 2017 se realizó la entrevista telefónica para conocer la duración de la LM y los motivos del destete.

El criterio de inclusión fue ser RN a término (es decir, los nacidos a partir de 37 semanas de gestación y con un peso ≥ 2350 g) en la Unidad de Neonatología del CAULE, siendo criterio de exclusión aquellos RN que tuvieron o desarrollaron alguna enfermedad durante el periodo de estancia en Neonatología y fue necesario su traslado a otra unidad o centro hospitalario.

Los datos se obtuvieron de las gráficas de enfermería de la Unidad donde se registran las variables: constantes vitales, peso y tipo de alimentación. La entrevista a la madre en el hospital fue necesaria para completar los datos referentes a los biberones extra o pirata. La entrevista después del alta, permitió la recogida de los datos referentes a la duración de la lactancia y las causas de su finalización.

Variables recogidas: género, tipo de parto, hora de nacimiento, enfermedades maternas y del neonato, peso al nacer y al alta, LME, lactancia mixta (LM complementada con leche de fórmula), lactancia artificial (LA, leche de fórmula) y LM más biberón extra o biberón pirata, duración de la lactancia y motivos del destete.

Se creó una base de datos y se realizaron los gráficos correspondientes con el programa informático Excel 2011 y el análisis estadístico de las variables se realizó utilizando el programa SPSS Statistics versión 20. Las variables cuantitativas se describieron con media, desviación estándar y frecuencias absolutas y relativas. Las variables cualitativas en número y porcentajes, realizando su análisis estadístico con el test Chi Cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

La realización de este estudio fue autorizada por el Comité Ético de Investigación Clínica de León. Además, se solicitó consentimiento informado verbal a las madres de los RN incluidos en la investigación.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 185 RN, con una edad gestacional media de 39,3(DT=1,2) semanas. De ellos 78 (42,2%) fueron varones y 107 (57,8%) mujeres, con un peso medio de 3281,9 (DT=436,9 g).

Los partos fueron 112 eutócicos (60,5%) y 30 distócicos (16,2%). Además, se realizaron 43 cesáreas (23,2%).

Se observó un mayor número de nacimientos en el turno de mañana 71 (38,4%), seguido del turno de noche y tarde, con 59 (31,9%) y 55 (29,7%) respectivamente.

Respecto a las enfermedades maternas, 73 eran madres sanas (39,5%) y 112 (60,5%) presentaban alguna patología o diagnóstico médico relevante, que en la mayoría de los casos necesitó tratamiento para no tener repercusiones sobre la salud del RN. Los diagnósticos maternos más prevalentes fueron, por este orden: Streptococcus β -agalactiae positivo (SGB+) o desconocido y amniorrexia ≥ 18 h, seguidos de las patologías hipotiroidismo primario o gestacional, diabetes tipo 1, 2 o gestacional, infección de orina y fiebre intraparto. También se registraron, entre otras, un caso de artritis reumatoide, obesidad mórbida, colitis ulcerosa, hepatitis C, Enfermedad de Crohn y una madre era portadora heterocigótica de factor II.

En lo que respecta a los RN, 101 nacieron sanos (54,6%) y 84 (45,4%) con alguna patología o diagnóstico relevante. Estas fueron los siguientes:

- 40 presentaron riesgo infeccioso (por amniorrexia > 18h, SGB+ o desconocido, fiebre intraparto $\geq 38^\circ$ C e infección de orina materna activa o en las últimas semanas de gestación).

- 7 fueron macrosómicos y 3 microsómicos.
- 6 sospechas de enfermedad renal.
- 4 presentaban clic de cadera.
- 3 fracturas de clavícula.
- 2 con depresión respiratoria al nacer.
- 2 con arteria umbilical única.
- 2 distrés respiratorio transitorio y taquipnea.
- 2 con frenillo sublingual corto.
- 1 caso de: hidrocele, labio leporino, soplo cardíaco, exantema toxoalérgico, aplasia cutis congénita, asimetría ventricular, policitemia, lesión angiomasosa, mioclonias, fontanela abombada tensa, melanocitosis dérmica congénita, cardiopatía, pie derecho talo valgo.

Aunque el hospital promueve la LM desde el nacimiento por ser la forma de alimentación ideal para los RN, en 2010, el tipo de parto, las patologías de la madre y las del RN determinaron por protocolo el tipo de lactancia. La lactancia mixta fue debida en 40 casos (21,6%) a la cesárea de la madre, en 5 casos por macrosomía (2,7%), en 3 por bajo peso al nacer (1,6%) y en 1 (0,5%) por deseo expreso de la madre. Sólo en un caso por enfermedad de la madre (artritis reumatoide, con tratamiento que suponía un riesgo alto probable para el RN si este era amamantado) se recurrió a una alternativa más segura, la LA.

Primer contacto con LM vs LA.

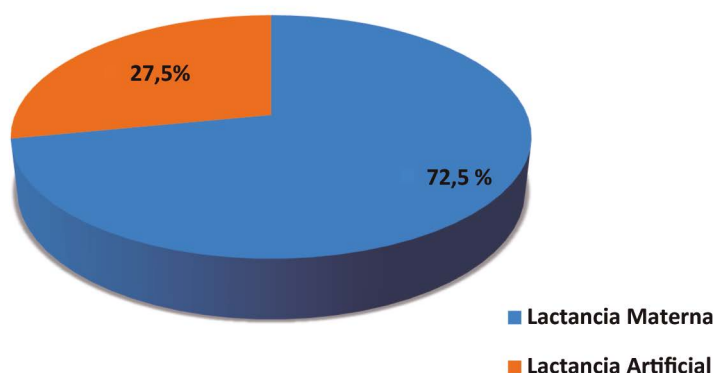


Gráfico 1.
Primer contacto con LM vs primer contacto con LA

TABLA 1.
PRIMER CONTACTO CON LM VS PRIMER CONTACTO CON LA. CONTACTO CON LM VS CONTACTO LA EN EL HOSPITAL

	n	%
Primer contacto con LM	134	72,5%
LME	39	21,1%
LM + biberón extra o pirata	81	43,8%
LM > L. Mixta	12	6,5%
LM > LA	2	1,1%
Primer contacto con LA	51	27,5%
LA > L. Mixta	40	21,6%
LA > LM + biberón extra o pirata	0	0%
LA > L. Mixta > LA	1	0,5%
LA	10	5,4%
Contacto con LM en Hospital	175	94,6%
Contacto con LA en Hospital	146	78,9%

TABLA 2.
PRIMER CONTACTO CON LM VS PRIMER CONTACTO CON LA. CONTACTO CON LM VS CONTACTO LA EN EL HOSPITAL

Variables	LM Primer Contacto		LA Primer Contacto		p (X ²)
	n	%	n	%	
Género					
Varón	61	33	17	9,2	0,134
Mujer	73	39,5	34	18,3	
Tipo de parto					
Cesárea	2	1,1	41	22,1	<0,0001
Eutócico	103	55,7	9	4,9	
Distócico	29	15,7	1	0,5	
Turno de nacimiento					
Mañana	45	24,3	26	14,1	0,094
Tarde	43	23,2	12	6,5	
Noche	46	24,9	13	7	
Peso RN al nacer					
≤2500 g	2	1,1	2	1,1	0,199
>2500-4000 g	128	69,2	45	24,3	
≥4000 g	4	2,2	4	2,2	
Patología materna					
Sí	48	25,9	25	13,5	0,101
No	86	46,5	26	14,1	
Patología RN					
Sí	61	33	23	12,4	0,959
No	73	39,5	28	15,1	

En este estudio, los datos mostraron que el 72,5% de los RN comenzaron su alimentación con LM, de éstos, solamente el 21,1%, tuvo LME, un 43,8% recibió biberones extra o pirata, el 6,5% pasó a lactancia mixta y en el 1,1% de los casos se optó por LA, dentro del periodo de ingreso hospitalario. Asimismo, tuvieron un primer contacto con LA el 27,5%, cambiando durante la estancia en el hospital, a lactancia mixta el 21,6% (**gráfico 1**).

Con LM se fueron para su domicilio el 71,4% de los bebés (la suma de los que tienen LME, con los que tienen LM + biberón extra y los que se alimentaron con lactancia mixta).

Al alta el 7% de los RN se fue con LA. El 5,4% como primera opción de alimentación. El 1,1% tras un primer contacto con LM no la mantuvo por dos motivos: enfermedad de la madre o deseo de la misma. El 0,5% tras un primer contacto con LA pasó a lactancia mixta durante un breve periodo de tiempo (la duración del ingreso hospitalario, 2-3 días en la mayoría de los casos) y posteriormente volvieron a ser alimentados con LA.

Se observó que recibieron LM en algún momento, durante su permanencia en el hospital el 94,6% de los RN, es decir, todos menos los que se alimentaron con LA desde el primer momento por decisión de la madre (5,4%). También se constató que el 78,9% de los nacidos fueron alimentados con leche de fórmula, y solamente el 21,1% lo hizo con LME. El porcentaje de RN que tuvieron LM y necesitaron la administración de algún biberón extra por las causas mencionadas en el protocolo fue de 43,8%, mientras que inicia la LM y continúa con Lactancia Mixta sólo el 6,5%, siendo únicamente el 1,1% que pasan de LM a LA (**tabla 1**).

Se analizaron las variables recogidas y su relación con el tipo de lactancia de primer contacto y los resultados que se encontraron fueron los que se reflejan en la **tabla 2**.

No se encontró relación entre las variables género, turno de nacimiento, peso del RN, patología materna y patología del RN con las variables primer contacto con LM y primer contacto con LA.

Sin embargo, en esta investigación, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la variable tipo de parto y la lactancia con la que se contactó en primer lugar ($p < 0,0001$). Tras una cesárea, en el año 2010, por protocolo los RN eran alimentados por primera vez con LA, ya que la madre se encontraba en la Unidad de Reanimación cuando hacían su primera toma (el 23,1% de los nacidos fue por cesárea, y el 22% de los mismos tuvo su primer contacto con la leche de fórmula). Mientras que tras un parto eutócico o distócico el primer contacto se produjo, en la mayoría de los casos (71,4%) con la LM (55,7 y 15,7% respectivamente).

En 2017, para conocer con qué tipo de lactancia continuaron los RN al alta y durante cuánto tiempo, se realizó una entrevista telefónica. Se pudo contactar con 113 madres (61,1%). Se obtuvieron los siguientes datos: 84 neonatos fueron alimentados con LME en su domicilio, de éstos, el 31% se alimentó con LME desde su nacimiento, y el 23,8% y 45,2%, recibieron lactancia mixta y LM con algún biberón extra o pirata, respectivamente. De los RN contactados, 84 (74,4%) tras el alta fueron alimentados con LM durante una media de $11,4 \pm 10,2$ meses, 15 (13,3%) con lactancia mixta y 14 (12,8%) con LA (**tablas 3 y 4**).

El rango de duración de LME en domicilio estuvo entre 15 días y 48 meses y la media fue 11,4 meses. El 32,2% fueron lactancias prolongadas (más de 12 meses) (**gráfico 2**).

El 75,3% de las niñas y el 72,5% de los niños fueron alimentados con LM al alta. No se determinó relación entre el género de los RN y la LM tras el alta ($p = 0,741$).

El éxito de la LM después del alta también es independiente del peso de los niños en el momento del alta médica y no existieron diferencias significativas en la forma de alimentación de niños microsómicos (≤ 2500 g), normopeso (> 2500 y < 4000 g) o macrosómicos (≥ 4000 g) en su domicilio ($p = 0,724$).

Se hallaron diferencias significativas entre la variable patología materna y la LM en el domicilio. El 62,1% de las madres con alguna patología optó por la LA ($p = 0,003$).

TABLA 3.
TIPO DE LACTANCIA EN EL HOSPITAL QUE PASÓ A LME TRAS EL ALTA

EN HOSPITAL (Tipo de lactancia)	EN DOMICILIO LME % (n)	MESES (MEDIA±DE) LME durante los primeros 6 meses, y posteriormente LM con ali- mentación complementaria
LME	31 (26)	11,6±9,9
Lactancia mixta	23,8 (20)	12±12,6
LM + biberón extra o pirata	45,2 (38)	10,9±9,1

TABLA 4.
TIPOS DE LACTANCIA EN DOMICILIO

LACTANCIA EN DOMICILIO	% (n)	MESES (MEDIA±DE)
LM (LME 6 primeros meses)	74,4 (84)	11,4±10,2
Lactancia mixta	13,3 (15)	3,9±2,3
LA	12,4 (14)	Mínimo 12 meses (se desconoce la media, las madres no sabían precisar)

También se encontraron diferencias significativas entre la variable patología del RN y tipo de lactancia tras el alta donde los neonatos sanos fueron alimentados en un mayor porcentaje con LM (64,3%), los neonatos con patología recibieron más frecuentemente LA y sólo el 35,7% recibió LM ($p=0,031$).

Los motivos del destete que las madres refirieron más frecuentemente fueron, en primer lugar, las razones laborales (27,4%), seguidas de la disminución progresiva de la leche o hipogalactia (22,6%) y por último, el abandono espontáneo del lactante (19,1%). Otras causas menos habituales fueron los motivos personales (8,3%), la enfermedad materna (7,1%), un nuevo embarazo (5,6%), la dentición del niño (4,8%), la pérdida ponderal (2,4%) y por prescripción médica (2,4%).

DISCUSIÓN

Se han observado varios factores dentro del medio hospitalario que dificultan la LM y favorecen el contacto con la leche de fórmula como son la gran afluencia de visitas en las primeras horas de vida del RN que dificulta enormemente el contacto madre-hijo por la falta de intimidad para lograr un buen acoplamiento, y consecuentemente un agarre correcto. Las madres están muy pendientes de los acompañantes y no se reconocen los deseos de alimentación y cobijo del RN. Generalmente, no suelen querer ofrecer el pecho hasta que se marchan las visitas. Otro componente de dificultad fue la angustia que sufren la mayoría de las madres hasta que no constatan cambios morfológicos subjetivos y objetivos en sus glándulas mamarias (turgencia, ingurgitación), cambios que ocurren

normalmente a partir de las 24-48h después del parto por vía vaginal, y más tardíos si se ha realizado una cesárea. Es en este periodo cuando la mayoría de los bebés entran en contacto con la lactancia de fórmula, ya que esta angustia va cediendo a medida que observan fluir calostro o leche de sus glándulas mamarias. Otros factores detectados fueron la necesidad de más ayuda por parte del personal sanitario y el miedo a lo desconocido, al dolor y a "hacerlo mal".

En este estudio, los datos indican que el 72,5% de los RN comienzan su alimentación con LM, el 78,9% tienen contacto con lactancia de fórmula dentro del periodo de ingreso hospitalario y solamente el 21,1% continúa con LME. Este resultado es superior al obtenido por Romero et al. (15), ya que su porcentaje de primer contacto con LM supone el 67,5%. Los resultados son muy similares a los del estudio de García et al.16, donde se realizó una encuesta en la que el 72% de las madres inició la LM.

A nivel mundial el inicio de la LM es mayoritario en casi todos los países. En el año 2010, en Australia, el 90% de las madres iniciaban LM, en 2013 en Estados Unidos esta tasa era del 76% y, en Europa, en el Reino Unido, el 77% de los RN iniciaba su alimentación con LM en el año 2005 (las dos últimas tasas son similares a las obtenidas en este trabajo), sin embargo, no siempre se dispone de información detallada de la situación de los países con mayores ingresos 17.

En España, no se dispone de un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia. Los datos se obtienen de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), que recientemente incluyen cuestiones sobre el amamantamiento. En la ENS de 2017, se obtiene que la tasa de lactancia natural a los 6 meses fue del 39%, resultado similar al de otros países europeos, ya que los porcentajes de inicio de LM fueron elevados (73,9% a las seis semanas de vida), pero disminuyeron drásticamente cuando se evaluaron nuevamente transcurrido medio año de vida de los niños. Actualmente, la OMS y UNICEF tienen como objetivo lograr un 50% de LME a los 6 meses y, según UNICEF, en 2016 este porcentaje fue del 43% a nivel global¹⁸.

En Castilla y León, en una comunicación de la Consejería de Sanidad de 2012, el informe anual de las gerencias de Atención Primaria, que se cerró en 2010 y que evalúa factores como la duración de la lactancia, los motivos de su abandono o quién decide abandonarla, afirma que el 24% de los bebés de la Comunidad se alimentan con LME durante los primeros 6 meses de vida, siendo este porcentaje en Soria y León

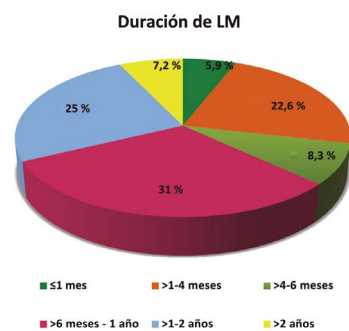


Gráfico 2.
Duración de la LM



UN ALTO PORCENTAJE DE LOS NEONATOS ANALIZADOS TUVO SU PRIMER CONTACTO ALIMENTICIO SOLO CON LM DE MANERA EXCLUSIVA

del 40%. Para la Junta de Castilla y León este aumento de la LM se debe, entre otros, al apoyo del personal sanitario a las madres durante su hospitalización. Consideramos muy importante el trabajo de la "Unidad de Nidos" en ese momento, la formación de los profesionales, la labor de la IHAN y la habilitación de salas de lactancia y otras zonas para la misma en los hospitales para que las mujeres puedan ejercer su derecho a amamantar cuando lo necesiten¹⁹.

Los datos reflejan una duración media de la lactancia de 12 meses en los casos en que tomaron lactancia mixta y pasaron a LM al alta, y de 10,9 meses en los que además de LM tomaron biberón pirata. También muestran que la LME desde el nacimiento (RN sin contactar con lactancia de fórmula o sucedáneos), se mantiene durante 11,6 meses. El 32,2% fueron lactancias prolongadas (durante más de 12 meses), datos muy dispares a los obtenidos por Oribe et al. (20) que no encontraron mujeres que superaran los 9 meses de lactancia en su zona (Guipúzcoa 2008-2010). La recomendación de la Asociación Española de Pediatría es mantener la LM tanto tiempo como madre e hijo deseen¹¹.

En este estudio se observa que los hijos de madres enfermas, tras el alta son alimentados de manera menos frecuente con LM, el 37,9% (frente al 61,2% que reciben leche de fórmula). Se podría explicar por la necesidad de que en determinados tratamientos, por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide y la colitis ulcerosa, es necesario elegir cuidadosamente los fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores administrados a las madres para que el riesgo sea leve o poco probable para el lactante^{21,22}. Sería interesante, en un futuro, ampliar la muestra para comprobar si se mantienen estos resultados.

También se halló que los bebés sanos son amamantados en un mayor porcentaje, 64,3%, en relación a los nacidos con alguna patología, obteniéndose incluso significación estadística. Esto podría ser debido al incremento de las dudas e inseguridad que las madres suelen tener en relación a la correcta alimentación

de sus hijos con LM (si tendrán suficiente leche, si ésta permitirá una adecuada nutrición de los pequeños que por su situación pueden ver incrementadas sus necesidades...). Además, los RN pueden tener dificultades para el inicio y mantenimiento de la misma (en casos de existencia de frenillo, labio leporino...) lo que incrementa todavía más la incertidumbre de las madres. Es importante en estos casos informar a las madres de que la LM tiene importantes beneficios para todos los niños, sanos y enfermos^{23, 24} y que éstas reciban todo el apoyo que necesiten para que sus hijos sean amamantados durante el tiempo que madre y lactante deseen^{25, 26}.

Dos de los motivos para el destete más frecuentemente mencionados por las madres incluidas en nuestra investigación fueron, por este orden, la incorporación al mundo laboral y la hipogalactia. En el estudio de Oribe et al., éstas también fueron las razones más referidas para el abandono de la LM (la hipogalactia durante los tres primeros meses posparto y la duración de la baja maternal entre los 4 y 6 meses)²⁰. De la misma manera, en el estudio de Díaz-Gómez, la disminución de la producción láctea en primer lugar, seguida de la incorporación al trabajo fueron las principales causas para el abandono de la LM²⁷. Sin embargo, en el trabajo de Vila-Candel et al.²⁸ la hipogalactia aparece como primera causa para el destete, seguida de un

peso del RN inferior al recomendado. En la mayoría de los casos, eran las madres de los RN estudiados las que tomaron esta decisión, sólo en dos casos, éstas refirieron abandonar la LM por prescripción médica. Estos datos son similares a los del informe de las gerencias de Atención Primaria de Castilla y León, donde del mismo modo refiere como motivos más frecuentes del abandono la hipogalactia y el trabajo materno, pero difieren del mismo en que afirma que del total de mujeres que abandona la LM, el 63,3% lo hizo por decisión propia y el 36,2% por recomendación del personal sanitario¹⁹. En nuestro estudio, el 97,6% de las madres decidió no continuar con el amamantamiento frente al 2,4% que lo hizo por prescripción médica.

La pérdida de datos por no poder realizar la entrevista telefónica (llamadas no atendidas, teléfono desconocido...) puede deberse a que se retrasó la segunda entrevista para poder incluir todas las lactancias, también a las prolongadas, pero tras la realización de la misma, se pudo observar que las de mayor duración de las contactadas, no superaron los 48 meses. En estudios sucesivos no se debería retrasar la segunda recogida de datos más de 2 años, para evitar el sesgo de recuerdo.

CONCLUSIONES

Observar a un grupo de RN desde el momento del nacimiento en el hospital hasta el destete nos permite una visión objetiva del comportamiento y desarrollo de la lactancia.

Un alto porcentaje de los neonatos analizados tuvo su primer contacto alimenticio exclusivamente con LM, con una duración media próxima a un año.

Se observa que, a pesar de haber contactado los RN en sus primeros días de vida con la leche de fórmula en el hospital, en nuestro entorno la LM una vez instaurada la leche definitiva es exitosa y duradera en un elevado número de casos y supera los 6 meses aconsejados por la OMS y otras organizaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo J, Gómez A, Hernández M, Lasarte J, Lozano M, Pallás C. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Madrid: Ed Médica Panamericana SA; 2009.
2. Huard P, Laplane R. Histoire illustrée de la Puériculture. Aspects diététiques socioculturels et ethnologiques. Dacosta R, editor. Paris; 1979.
3. De Mause L. Historia de la infancia. Madrid. Ed Alianza; 1982.
4. Asociación española de Bancos de Leche Humana [sede web]. ¿Que es un banco de leche? [acceso 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.aebhl.org/>
5. Asociación Española de Bancos de Leche Humana [sede web]. Bancos de leche en España. [acceso 15 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.aebhl.org/banco-de-leche/bancos-de-leche-en-espana>
6. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortiz González LC. Síndrome de la muerte súbita del lactante (parte 1): factores de riesgo. Rev Pediatr Aten Primaria; 2013; 15(60):361-70
7. Gabilondo Santander C, Hernández Rubio A, Domenech Muñiz G, Romero Hergueta C. Lactancia materna. El camino natural. Guía para padres. 8o ed. León J de C y L, editor. Junta de Castilla y León. 2016.
8. Rossato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. Arch Argent Pediatr. 2008;106:385-6.
9. Dettwyler K. When to wean: biological versus cultural perspectives. Clin Obs Gynecol. 2004;47(3):712-23.
10. Paricio Talayero JM. Lactancia prolongada... ¿hasta cuándo es normal? Perspectiva histórico-antropológica. VII Congreso Español de Lactancia Materna y V Reunión Nacional de Bancos de Leche Humana. 2013.
11. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Lactancia materna en niños mayores o "prolongada". [acceso 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-en-ninos-mayores-o-prolongada>
12. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Lactancia materna. Temas de salud: lactancia materna. [acceso 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
13. Unicef [sede web]. Pérez J. 8 consejos para una lactancia materna eficaz. [acceso 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.es/blog/8-consejos-lactancia-materna-eficaz>
14. Unicef España [sede web]. IHAN: Iniciativa para la humanización de la asistencia y la lactancia. [acceso 8 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.ihan.es/>
15. Enrique Romero M, Algaba S, Jesús Albar M, Nuñez E, Calero C, María Pérez I. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Enfermería Clínica [Internet]. Elsevier Doyma; 2004 [acceso 1 de febrero de 2019];14(4):194-202. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862104738851>
16. García Casanova M, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración?. Atención Primaria. 2005; 51(1):1-2. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/82679658.pdf>
17. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. [acceso 15 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística [sede web]. Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). 2018. [acceso 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.ine.es/CDINEbase/consultar.do?mes=&operacion=Encuesta+nacional+de+salud&id_oper=Ir
19. Junta de Castilla y León [sede web]. Comunicación: El 24% de los niños de Castilla y León reciben lactancia materna exclusiva en sus seis primeros meses de vida. [acceso 1 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://comunicacion.jcyl.es/web/jcyl/Comunicacion/es/Plantilla100DetalleFeed/1281372051501/Nota-Prensa/1284241996055/Comunicacion>
20. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. Elsevier Doyma; 2015 Jan 1 [acceso 1 de febrero de 2019];29(1):4-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002143?via%3Dihub>
21. Kavanaugh A, Cush JJ, Ahmed MS, Bermas BL, Chakravarty E, Chambers C, et al. Proceedings From the American College of Rheumatology Reproductive Health Summit: The Management of Fertility, Pregnancy, and Lactation in Women With Autoimmune and Systemic Inflammatory Diseases. Arthritis Care Res (Hoboken). 2015 Mar [acceso 1 de febrero de 2019];67(3):313-25. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/acr.22516>
22. Schulze H, Esters P, Dignass A. Review article: the management of Crohn's disease and ulcerative colitis during pregnancy and lactation. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Nov [acceso 1 de febrero de 2019];40(9):991-1008. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/apt.12949>
23. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Comité de lactancia materna. Lactancia materna, el mejor inicio para ambos. 2017; Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf>
24. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Guía de Lactancia Materna: Unidad 4:Lactancia materna en situaciones especiales. p. 1-22. Disponible en: https://continuum.aeped.es/files/guias/Lactancia_materna_Unidad_4.pdf
25. IHAN [sede web]. Iniciativa para la humanización de la asistencia al parto y a la lactancia. 2019. Disponible en: <http://www.ihan.es/grupos-apoyo/>
26. Piñero IB, Jordana MC, García CC, Araez AL, Roche MEM. Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. Nutr Hosp. 2015;31(4):1525-32.
27. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna [Internet]. Vol. 90, Revista Española Salud Pública. 2016. p. 1-18. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf
28. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. Atención Primaria. Elsevier Doyma; 2018 Feb 14 [acceso 1 de febrero de 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717304730?via%3Dihub>