

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos

Pedro Luis del Mazo-Tomé y Marta Suárez-Rodríguez*

Servicio de Neonatología, Área de Gestión Clínica de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Asturias, España

Resumen

Introducción: El mejor alimento para los niños durante los primeros seis meses de vida es la lactancia materna exclusiva (LME); se recomienda continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen. Los objetivos de este estudio fueron determinar la tasa de LME en los recién nacidos a término (RNT) en el momento del alta hospitalaria y a los 15 días y analizar los factores que influyen positivamente en la LME. **Métodos:** Estudio prospectivo en el que se reclutó una muestra de puérperas con hijos a término durante su ingreso. Se recogieron diferentes variables y se realizaron dos entrevistas para determinar el tipo de alimentación que estaban dando a sus hijos y si se mantenía a los 15 días del parto. **Resultados:** La tasa de LME al recibir el alta hospitalaria es muy inferior a lo recomendado. Ésta disminuye de manera importante a los 15 días del parto, cuando aumenta la lactancia artificial (LA). Al parecer, el parto eutócico, no presentar complicaciones en el parto, realizar lactancia materna (LM) precoz y el contacto piel con piel en el paritorio son factores favorecedores para establecer una buena LM en el alta hospitalaria. **Conclusiones:** A pesar de los esfuerzos de los profesionales, el porcentaje de recién nacidos (RN) alimentados con LME al nacer no alcanza las recomendaciones actuales.

Palabras clave: Lactancia materna. Lactancia materna exclusiva. Recién nacido a término.

Prevalence of exclusive breastfeeding in the healthy newborn

Abstract

Background: The best nourishment for infants during the first 6 months of life is exclusive breastfeeding. It is recommended along with other food to complement the diet until the child is 2 years old, as long as the mother and the child are willing to continue with it. The objectives of this study were to determine the exclusive breastfeeding rate in full term newborns at hospital discharge and 15 days later and to analyze the factors that positively affect the exclusive breastfeeding. **Methods:** A prospective study was conducted in which a sample of postpartum women with full term newborns was recruited during hospital admission. Different variables were compiled and two interviews were made to determine the kind of feeding they were giving their children and if it was maintained at 15 days of birth. **Results:** Exclusive breastfeeding rate at hospital discharge is much lower than recommended. It significantly decreases at 15 days of birth, increasing artificial feeding. It seems that

Correspondencia:

*Marta Suárez-Rodríguez

E-mail: msr1070@hotmail.com

Fecha de recepción: 04-09-2017

Fecha de aceptación: 06-09-2017

DOI: 10.24875/BMHIM.M18000010

Disponible en internet: 02-03-2018

Bol Med Hosp Infant Mex. 2018;75:49-56

www.bmhim.com

1665-1146/© 2018. Hospital Infantil de México Federico Gómez, impreso por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

*having a vaginal birth, no complications giving birth, providing early breastfeeding and skin-to-skin contact in the delivery room are predisposing factors necessary to establish a good breastfeeding at hospital discharge. **Conclusions:** Despite the efforts of professionals, the percentage of newborns with exclusive breastfeeding at birth is not enough for the current recommendations.*

Key words: Breastfeeding. Exclusive breastfeeding. Full term newborn.

Introducción

La LM es el alimento de elección para el RN debido a sus claros beneficios sobre el neurodesarrollo, sus ventajas inmunológicas y tróficas, y las propiedades de proveer los aportes nutricionales adecuados disponibles en todo momento¹.

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 del pecho durante los primeros seis meses de vida del niño y continuar con el amamantamiento junto con otros alimentos que complementen la alimentación hasta los dos años o más, mientras madre e hijo lo deseen².

En España, la duración de la LM ha decrecido considerablemente desde la década de 1960, alcanzando valores mínimos en la de 1970. Aunque en la década de 1990 se inició un discreto aumento de la duración de la LM en España³, actualmente el porcentaje de niños alimentados con leche materna exclusiva o mixta hasta los tres y los seis meses de edad es del 66.6 y el 46.9%, respectivamente⁴.

En el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) se ha creado recientemente una comisión de LM que ha generado una política hospitalaria con respecto a este tema por escrito. Con este trabajo se intenta evaluar si existe una mejora en la tasa de LME tras la creación de dicha comisión.

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 ambiental².

La reducción de las tasas de LM se debe, en parte, al sistema sanitario. 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 soporte a la madre que da LM, así como las prácticas que la

dificultan y reducen la producción láctea de la madre, influyen en el abandono o fracaso de la LM⁵.

Asimismo, 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 relacionan con la exclusividad y la duración de la LM. El cómo se ven a sí mismas durante el proceso hace que las madres se decidan por un tipo u otro de alimentación, lo que resulta determinante para la consecución de una lactancia exitosa⁶.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la tasa de LME en los RNT al recibir el alta hospitalaria y 15 días después y analizar los factores que influyen positivamente en la LME.

Métodos

Se realizó un estudio analítico y de prevalencia en las plantas de obstetricia del HUCA, en el que se compararon grupos para buscar asociaciones. El HUCA es un centro de tercer nivel, UN hospital de referencia de la comunidad autónoma de Asturias, situado en la ciudad de Oviedo, EN España, con aproximadamente 2,200 partos al año.

Principios de muestreo

POBLACIÓN BLANCO

Puérperas del área IV de Asturias y sus RN durante el periodo de realización del estudio.

POBLACIÓN ACCESIBLE

Puérperas del HUCA y sus RN durante el periodo de realización del estudio.

POBLACIÓN ELEGIBLE

– Criterios de inclusión: todas las puérperas sanas ingresadas en las plantas de obstetricia del HUCA del 17 de diciembre de 2015 al 17 de enero de 2016 que dieron a luz durante este periodo; todas las

puérperas que deseaban participar en el estudio de manera anónima y voluntaria; todos los RNT de las puérperas que reunieran los dos criterios de inclusión anteriores.

- Criterios de exclusión: todos los criterios que no quedaban contemplados en los criterios de inclusión, como las puérperas madres de RN prematuros de ≤ 36 semanas de edad gestacional (EG) y aquellas cuyos RN tuvieron que ser ingresados en la Unidad Neonatal por cualquier motivo.

Para este trabajo se realizaron dos entrevistas a las puérperas, que fueron llevadas a cabo por las dos personas que figuran como autores del trabajo: una entrevista en persona durante su estancia en el hospital en las 48 h siguientes al alumbramiento (siguiendo punto por punto un cuestionario *ad hoc* creado para tal efecto) y una entrevista telefónica a los 15 días del parto. Para la realización de esta segunda entrevista se excluyeron aquellas mujeres que habían sido dadas de alta con LA.

Durante la primera entrevista, se explicó y se presentó el objetivo del estudio. La madre, en caso de querer y aceptar participar en él de manera anónima y voluntaria, debía firmar el consentimiento informado y la hoja de información al paciente. La entrevista incluyó diferentes aspectos de la alimentación del RN: tipo de alimentación que estaba recibiendo, si la madre había decidido antes del parto el tipo de alimentación, número de hijos, alimentación que habían recibido los hijos previos, etcétera. Asimismo, se informó a la madre de que sería contactada vía telefónica a los 15 días del alumbramiento para realizar la segunda entrevista.

La segunda entrevista se realizó por vía telefónica a las madres que tenían previsto dar LME o lactancia mixta (LMX) para solicitarles información sobre cinco cuestiones en torno al proceso de LM: ¿mantiene la alimentación con LM?, ¿recibió ayuda durante el ingreso hospitalario sobre la LM?, ¿le hubiera gustado tener más ayuda en cuanto a la alimentación del RN durante el ingreso?, ¿ha acudido al centro de salud (CS) porque necesitaba ayuda con la LM?, ¿tiene más hijos? (y tipo de lactancia recibida por éstos en el caso de tenerlos).

Cabe destacar que todas las puérperas aptas para participar en el estudio, según los criterios de inclusión, no sólo desearon formar parte de éste, sino que además respondieron ambas entrevistas, por lo que no se perdió ningún sujeto.

Además de realizar las dos entrevistas, se recogieron otras variables de la historia clínica de la madre y del RN: edad de la madre, EG, peso al inicio y al final

de la gestación, tipo de parto, complicaciones en el parto (parto por cesárea urgente, líquido teñido dos cruces o más, necesidad de reanimación neonatal, hemorragia moderada-severa de la madre posparto), fecha de nacimiento, peso, talla y perímetro craneal (PC) al nacer, peso al recibir el alta de maternidad, Apgar al minuto y a los 5 min, si recibió LM precoz en el paritorio y contacto piel con piel al nacer durante más de 60 min.

Respecto a las variables LME, LMX y LA que se manejan continuamente en el estudio, se definen de la siguiente manera:

- Lactancia materna exclusiva: el lactante 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 mixta: el lactante recibe leche materna, leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y otros alimentos.
- Lactancia artificial: nutrición exclusiva a base de leche artificial (fórmula adaptada según la edad) y otros alimentos entre los que nunca se encuentra la leche materna⁷.

Los datos recogidos se analizaron con el programa estadístico SPSS, versión 18 para Windows. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y las cuantitativas, mediante la media y la desviación estándar (SD) tras comprobar la normalidad de las variables por la prueba de Kolmogorov. Posteriormente, se compararon las diferentes variables entre sí. Para el cálculo de la significación estadística de estas comparaciones se utilizó la prueba de χ^2 de Pearson para la asociación de las variables cualitativas. En todo el análisis estadístico se mantuvo un nivel límite de significación de probabilidad del 5%.

Este trabajo contó con el permiso y aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la comunidad autónoma de Asturias. En todo el trabajo se siguieron las normas internacionales de respeto y confidencialidad en el manejo de los datos, que se introdujeron de manera anónima en la base de datos.

Resultados

Durante el periodo de estudio, hubo 171 puérperas ingresadas en las plantas de maternidad. De ellas, se excluyeron 20 mujeres que habían dado a luz a un RN prematuro, por lo que la muestra final estuvo conformada por 151 puérperas.

Muestra de mujeres

La media de edad de las mujeres reclutadas fue de 33.83 años (SD: 5.654). De ellas, el 62% presentaron un parto eutócico; el 21%, un parto vaginal instrumentado, y el 17% restante, un parto por cesárea. La EG media fue de 38.74 semanas (SD: 2.313). El 44% de las mujeres eran multíparas y el 26.8% habían sufrido abortos previos. Cabe destacar que 28 de estas mujeres sufrieron alguna de las complicaciones referidas previamente en el parto, lo que representó el 16.4%.

Muestra de recién nacidos

La media de peso en el momento del nacimiento fue de 3.119 kg (SD: 0.6) y la del alta hospitalaria, de 3.053 kg (SD: 0.459). La longitud media en el momento nacimiento fue de 49.05 cm (SD: 2.273); el PC medio al nacer, de 34.08 cm (SD: 1.863); la puntuación media de Apgar, de 8.67 (SD: 1.347) y 9.72 (SD: 0.868) al minuto y los 5 min, respectivamente. El 73.9% de los RN recibieron LM precoz dentro de la primera hora de vida y el 84% realizaron un contacto piel con piel al nacer de más de 60 min de duración.

Alimentación al recibir el alta hospitalaria

El porcentaje de puérperas que habían decidido alimentar a sus hijos con LM antes del parto fue del 84.2%; el 12.3% prefirió hacerlo con una fórmula adaptada, y el 3.5% restante no había tomado esta decisión previamente. Finalmente, el 58.3% de los RN se fueron de alta hospitalaria con LME, el 23.8% con LMX y el 17.9% con LA (Fig. 1).

Alimentación a los 15 días

A los 15 días de vida, el 48.3% de los RN seguían alimentándose con LME, el 22.5% con LMX y el 29.1% con LA (Fig. 1).

En la entrevista llevada a cabo a los 15 días, las 21 mujeres que decidieron alimentar a sus hijos con LA quedaron excluidas del estudio, tal como se describe en el apartado de métodos. El 56.9% de las 130 mujeres recibieron ayuda sobre la LM durante el ingreso hospitalario, en contraste con el 43.1% que declararon no haberla recibido (al 68% de estas mujeres les hubiera gustado recibirla). Al 53.8% les hubiera gustado recibir más soporte sobre la LM, en comparación con el 46.2% que declararon que no hubiera sido necesario. Por último, el 20.8% de estas madres necesitaron

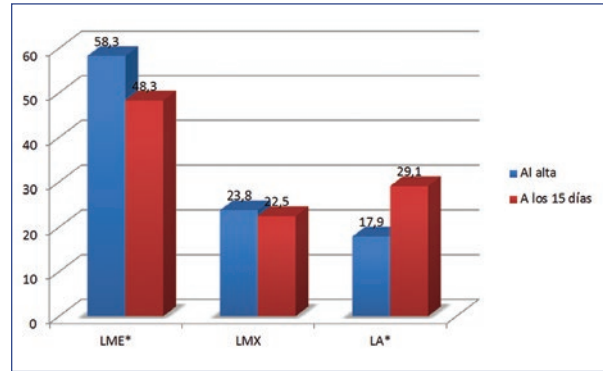


Figura 1. Comparativa entre la alimentación de los RNT al recibir el alta hospitalaria y a los 15 días de vida. *Diferencia estadísticamente significativa. LME: lactancia materna exclusiva; LMX: lactancia mixta; LA: lactancia artificial.

ir a la matrona de su CS a solicitar ayuda sobre la LM, frente al 79.2% que no lo hicieron.

Al comparar los resultados sobre la alimentación obtenidos en el alta hospitalaria con los obtenidos 15 días después (Fig. 1), se observa que hubo diferencias estadísticamente significativas en los alimentados con LA: 17.9 versus 29.1%, respectivamente. De la misma manera, hubo una disminución estadísticamente significativa entre los RN alimentados al nacer y a los 15 días con LME, del 58.3 versus 48.3%, respectivamente. No hubo estas diferencias entre los alimentados al nacer y a los 15 días con LMX.

En cuanto al tipo de alimentación de los RN al recibir el alta hospitalaria, el porcentaje de mujeres que alimentaban a sus hijos con LME fue significativamente superior entre las que habían presentado un parto eutócico que entre las que habían tenido un parto instrumental o por cesárea (Tabla 1).

También se observa un mayor porcentaje de RN alimentados con LME en el momento del alta hospitalaria en los hijos de madres que habían decidido dar LM antes del parto y de las que no habían sufrido complicaciones durante éste, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 1).

Por último, las mujeres que dieron LM durante la primera hora de vida del RN y aquellas que hicieron contacto piel con piel en el paritorio presentaron un porcentaje de LME en el momento del alta hospitalaria significativamente superior al de aquellas mujeres que no habían podido realizar dichas prácticas (Tabla 1).

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 que

Tabla 1. Comparativa de las variables cualitativas en función de la alimentación al recibir el alta hospitalaria

	Alimentación al recibir el alta hospitalaria				RM LME
	LME	LMX	LA	p	
Tipo de parto				0.001	
Eutócico	64/96 (66.7%)	18/96 (18.8%)	14/96 (14.5%)		1
Instrumental	21/36 (58.4%)	10/36 (27.7%)	5/36 (13.9%)		0.7
Cesárea	3/19 (15.8%)	8/19 (42.1%)	8/19 (42.1%)		0.09
Complicaciones del parto				0.025	0.32
No	80/128 (62.5%)	29/128 (22.6%)	19/128 (14.9%)		
Sí	8/23 (34.8%)	7/23 (30.4%)	8/23 (34.8%)		
Abortos previos				0.172	1.07
No	63/109 (57.8%)	23/109 (21.1%)	23/109 (21.1%)		
Sí	25/42 (59.5%)	13/42 (31%)	4/42 (9.5%)		
Tiene más hijos				0.254	0.6
No	49/82 (59.8%)	22/82 (26.8%)	11/82 (13.4%)		
Sí	39/69 (56.5%)	14/69 (20.3%)	16/69 (23.2%)		
Tenía decidido dar LM				< 0.001	
No	0/21 (0%)	0/21 (0%)	21/21 (100%)		
Sí	86/125 (68.8%)	36/125 (28.8%)	3/125 (2.4%)		3.3
No sabe	2/5 (40%)	0/5 (0%)	3/5 (60%)		
Tuvo apoyo en planta				0.202	0.5
No	42/56 (75%)	11/56 (19.6%)	3/56 (5.4%)		
Sí	46/74 (62.2%)	25/74 (33.7%)	3/74 (4.1%)		
Necesitaba más apoyo				0.067	1.8
No	43/70 (61.4%)	25/70 (35.7%)	2/70 (2.9%)		
Sí	45/60 (75%)	11/60 (18.3%)	4/60 (6.7%)		
Buscó ayuda en su CS				0.403	1.4
No	68/103 (66%)	29/103 (28.2%)	6/103 (5.8%)		
Sí	20/27 (74.1%)	7/27 (25.9%)	0/27 (0%)		
Alimentación de sus otros hijos				0.342	
Sin más hijos	48/72 (66.6%)	21/72 (29.2%)	3/72 (4.2%)		0.6
LME	26/34 (76.5%)	7/34 (20.6%)	1/34 (2.9%)		1
LMX	13/20 (65%)	6/20 (30%)	1/20 (5%)		0.57
LA	1/4 (25%)	2/4 (50%)	1/4 (25%)		0.1
LM precoz				< 0.001	18
No	5/37 (13.5%)	9/37 (24.3%)	23/37 (62.2%)		
Sí	77/104 (74%)	23/104 (22.1%)	4/104 (3.9%)		
Contacto piel con piel				< 0.001	7.2
No	5/24 (20.8%)	9/24 (37.5%)	10/24 (41.7%)		
Sí	82/125 (65.6%)	27/125 (21.6%)	16/125 (12.8%)		

RM: razón de momios

entre las que no lo tenían decidido, así como en aquellas que habían podido dar LM precoz, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (Tabla 2).

Discusión

Existen muchos factores que influyen en el tipo de alimentación que recibe un RN, tanto sociales como culturales y personales. La identificación del factor concreto en cada caso puede ayudar a dar soporte a la lactancia de forma individualizada. La primera

semana posparto es crítica para el establecimiento de la lactancia. De ahí que, en este trabajo, la segunda entrevista a la púrpura se realizara en la segunda semana de vida, momento en el que ya debería estar bien establecida la LM en caso de que se desee.

En el año 2009, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias realizó una encuesta de salud infantil para obtener datos de prevalencia de LM. La muestra que manejó fue de 2,461 casos de niños y niñas de entre 0 y 15 años, y los datos se obtuvieron de manera retrospectiva⁸. En

Tabla 2. Comparativa de las variables cualitativas en función de la alimentación a los 15 días del parto

	Alimentación a los 15 días				RM LME
	LME	LMX	LA	p	
Tipo de parto				0.059	
Eutócico	52/96	20/96	24/96		1
Instrumental	17/36	6/36	13/36		0.7
Cesárea	4/19	8/19	7/19		0.2
Complicaciones del parto				0.735	0.9
No	62/128 (48.4%)	30/128 (23.4%)	36/128 (28.2%)		
Sí	11/23 (47.8%)	4/23 (17.4%)	8/23 (34.8%)		
Abortos previos				0.076	1.2
No	52/109 (47.8%)	21/109 (19.3%)	37/109 (33.9%)		
Sí	22/42 (52.4%)	13/42 (30.9%)	7/42 (16.7%)		
Tiene más hijos				0.375	1.2
No	38/82 (46.4%)	22/82 (26.8%)	22/82 (26.8%)		
Sí	35/69 (50.7%)	12/69 (17.4%)	22/69 (31.9%)		
Tenía decidido dar LM				< 0.001	
No	0/21 (0%)	0/21 (0%)	21/21 (100%)		
Sí	72/125 (57.6%)	32/125 (25.6%)	21/125 (16.8%)		5.4
No sabe	1/5 (20%)	2/5 (40%)	2/5 (40%)		
Tuvo apoyo en planta				0.093	0.5
No	37/56 (66.1%)	13/56 (23.2%)	6/56 (10.7%)		
Sí	36/74 (48.7%)	21/74 (28.4%)	17/74 (22.9%)		
Necesitaba más apoyo				0.668	1.3
No	37/70 (52.9%)	19/70 (27.1%)	14/70 (20%)		
Sí	36/60 (60%)	15/60 (25%)	9/60 (15%)		
Buscó ayuda en su CS				0.592	1.1
No	57/103 (55.4%)	26/103 (25.2%)	20/103 (19.4%)		
Sí	16/27 (59.3%)	8/27 (29.6%)	3/27 (11.1%)		
Alimentación de sus otros hijos				0.155	
Sin más hijos	37/72 (51.4%)	20/72 (27.8%)	15/72 (20.8%)		0.44
LME	24/34 (70.6%)	6/34 (17.6%)	4/34 (11.8%)		1
LMX	10/20 (50%)	8/20 (40%)	2/20 (10%)		0.4
LA	2/4 (50%)	0/4 (0%)	2/4 (50%)		0.4
LM precoz				< 0.001	5.1
No	8/37 (21.6%)	7/37 (18.9%)	22/37 (59.5%)		
Sí	61/104 (58.7%)	22/104 (21.1%)	21/104 (20.2%)		
Contacto piel con piel				0.117	2.6
No	7/24 (29.2%)	8/24 (33.3%)	9/24 (37.5%)		
Sí	65/125 (52%)	26/125 (20.8%)	34/125 (27.2%)		

RM: razón de momios

ese estudio, la prevalencia de LME a los siete días del parto fue del 59%, y fue disminuyendo progresivamente. Así, disminuyó al 57% a los 28 días, al 34% a los 3 meses, al 27% a los 120 días y al 14% a los 6 meses⁷. Estos datos coinciden con los del presente trabajo, ya que también se observó una disminución significativa del porcentaje de niños alimentados con LME a los 15 días de vida. Aunque en este estudio no se dispuso de datos más allá de esa edad, lo esperado es que la tasa

de LME vaya disminuyendo a medida que aumenta la edad de los niños, tal como se expone en el citado trabajo.

El informe técnico sobre LM en España elaborado por el Comité de Lactancia Materna (CLM) de la AEP estableció una frecuencia de LM del 84.2% en el momento del nacimiento, del 77.6% al mes de vida del RN (ambos valores más altos que los de este trabajo), del 54.9% a los tres meses y del 24.8% a los seis meses⁹. Se

comprobó también que la lactancia fue significativamente más corta en los casos en que la EG fue menor de 37 semanas, en caso de parto mediante cesárea y cuando el peso de nacimiento fue menor de 2.5 kg. La mayoría de estos datos concuerdan con los resultados observados en esta investigación.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía realizó un trabajo sobre LM con los RN en su comunidad autónoma entre junio de 2003 y junio de 2004⁹. De entre todos los resultados que obtuvieron cabe destacar que el 81.6% de los niños fueron alimentados con LME al nacer, en contraste con el 3.8% alimentados con LMX y el 14.8% alimentados con LA. Al mes del nacimiento, estas cifras variaron al 63, el 10.4 y el 26.6%, respectivamente. En concreto, la LME sigue disminuyendo mes a mes durante todo el primer año de vida. Sacristán Martín, et al.¹⁰ observaron que el parto eutócico es un factor facilitador que influye en el inicio de la LME, lo que coincide con los resultados observados en el presente trabajo.

A pesar de que en este trabajo los porcentajes de LME son superiores a los publicados en otros trabajos realizados en la comunidad autónoma, es importante resaltar que están muy alejados de los objetivos marcados por la OMS de conseguir una lactancia exclusiva de 6 meses de duración, de al menos 12 meses junto con la alimentación complementaria y de hasta los 2 años si tanto la madre como el lactante lo desean. Por ello, 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.

En el trabajo realizado por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias se valoró el contacto piel con piel: el 84% de los partos vaginales y el 42% de las cesáreas lo mantuvieron, y su tiempo de duración fue menor a los 30 min en el 74% de casos, de entre 30 y 60 min en el 12% y mayor a 60 min en el 13%⁷. En el grupo estudiado se observaron porcentajes mayores. Esto probablemente se deba a los cambios que poco a poco se han ido introduciendo en la práctica clínica diaria de matronas, enfermeras de neonatología, obstetras y pediatras, de manera que cada vez se valoran más el contacto piel con piel durante periodos mayores a 60 min en el paritorio y la LM precoz. En el HUCA no se realiza el contacto piel con piel con la madre en los partos por cesárea, debido al ingreso del RN a las unidades de reanimación, pero de forma reciente se puede realizar con el padre, si éste lo desea.

Aunque, en última instancia, la forma de alimentar a su hijo es una decisión de la madre, la LM, por sus numerosas ventajas, debe ser una decisión informada, y es deber del personal sanitario explicar previamente sus beneficios¹¹. Es importante resaltar que en este trabajo un porcentaje elevado de mujeres no tuvo soporte para la LM durante su ingreso hospitalario y un porcentaje muy pequeño realizó consultas en su CS. Probablemente, se lograrían mayores índices de LM mejorando el soporte de estas mujeres durante los días siguientes al parto.

En cualquier caso, tanto los datos que se desprenden de este trabajo como los de la literatura publicada indican que las tasas de LME disminuyen drásticamente en los primeros meses de vida, por lo que el personal sanitario debería plantear nuevas estrategias de ayuda a las mujeres que desean alimentar a sus hijos con LME.

Para la mejora de los resultados obtenidos, una medida primordial en el HUCA debería ser la creación en las plantas de obstetricia de un puesto de trabajo –representado normalmente por una matrona de planta en otros centros hospitalarios– que se dedicara exclusivamente a informar sobre temas y dudas relacionados con la LM, y a realizar el seguimiento de las madres que acaban de dar a luz. En el hospital, esto lo realiza de manera general cualquier profesional de la planta, ya sea un auxiliar de enfermería, una matrona, una supervisora, una enfermera o un médico, lo cual muchas veces genera confusión e informaciones contradictorias sobre el tema. Este manejo puede desembocar en dudas, ansiedad, errores y fracaso en la LM. Por eso, sería muy positivo que siempre fuera la misma persona la encargada de llevar a cabo esta labor.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
2. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
3. Colodro-Conde L, Sánchez-Romero JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. 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;27(3):272-8.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [Internet] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/home.html>.
5. Division of Child Health and Development: Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1999.
6. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999;15(3):195-201.
7. Organización Mundial de la Salud. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1. Definitions. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
8. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Lactancia materna en Asturias. [Internet] Disponible en: www.asturias.es.
9. Comité de Lactancia Materna de la AEP. [Technical report on breast feeding in Spain. Breast Feeding Committee of the Spanish Association of Pediatrics]. *An Esp Pediatr*. 1999;50(4):333-40.
10. 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.
11. Zozaya Nieto C, Saenz de Pipaon Marcos M. Alimentación del neonato normal, lactancia materna y leche de fórmula, alimentación del recién nacido de bajo peso, alimentación complementaria, suplementos vitamínicos y minerales. En: Posgrado de experto en asistencia al recién nacido a término. Universidad Católica de Valencia/Sociedad Española de Neonatología (SENeo): Editorial Médica Panamericana; 2009.