

Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (Las Palmas de Gran Canaria)

Magdalena Villanueva¹
Jacqueline Álvarez
Pérez²
Luís Peña³

¹ Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria
Coordinadora de los Grupos de Apoyo de la Asociación Canaria Pro-Lactancia Materna
² Grupo de Nutrición Dpto. de Ciencias Clínicas Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
³ Dpto. de Pediatría Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Responsable de la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias Las Palmas de Gran Canaria

Resumen

Antecedentes: Los beneficios de la lactancia materna prolongada para el binomio madre-niño están documentados en una amplia bibliografía científica. Las recomendaciones del informe Healthy People 2010 del Departamento de los Servicios de Salud de los U.S.A. establece como meta que el 75 % de las madres amamenten a sus bebés en el puerperio y que por lo menos a los 6 meses lo mantenga un 50 %. El hospital ha sido un centro de esfuerzos en la promoción del inicio de la lactancia.

Objetivo: Conocer los factores que inciden positiva o negativamente en la LM, en las parturientas atendidas en el HUMIC durante su estancia en el hospital, con el fin de desarrollar e implementar estrategias que favorezcan el amamantamiento de los niños.

Materiales y métodos: Estudio epidemiológico, prospectivo, observacional y descriptivo, en una muestra poblacional de mujeres púperas y sus bebés, seleccionadas al azar (n = 200 pares). Una enfermera especializada en LM las entrevistó personalmente con un cuestionario previamente elaborado, durante la visita diaria y en Diciembre del 2005, mediante llamada telefónica para preguntar por la duración de la lactancia y la razón del destete.

Resultados: El mayor porcentaje de madres que dieron alguna de las modalidades de LM (especialmente LM exclusiva), habían recibido educación prenatal, información en el hospital, técnica "piel con piel", primera puesta al pecho en paritorio y ayuda de la enfermera para colocar el niño al pecho, mientras que aquellas que dieron lactancia artificial representaron un porcentaje considerablemente menor en todos los casos.

Conclusiones: Los factores demográficos maternos condicionantes de la LM coinciden con hallazgos previos. Estos resultados sugieren que las madres que recibieron educación prenatal, información y apoyo en la LM durante el puerperio, estaban más motivadas para amamantar, que las que dieron lactancia artificial. Se requieren nuevos estudios que permitan establecer una relación causal entre estos factores y el inicio y duración de la LM desde el puerperio.

Palabras clave: Lactancia materna. Factores condicionantes. Fórmulas artificiales.

Summary

Background: The benefits of breastfeeding at long time by the binomial mother-child are documented in an ample scientific bibliography. The recommendations of the report

Healthy People 2010 of the Department of the Services of Health of the U.S.A. establish as goal that 75 % of the mothers who breastfeed their babies in early postpartum period and that at least to the 6 months maintains 50 to it %. The Hospital has been a center of efforts in the promotion of the beginning of breast-feeding.

Objective: To know the factors that affect positively or negatively the breast-feeding in mothers in the HUMIC during their stay in the hospital, with the purpose of developing and implementing strategies that promote the breast-feeding of the babies.

Materials and methods: Epidemiologic, prospective, descriptive and observational study, in a population sample of mothers post-partum and their babies, randomized (n = 200 pairs). A nurse specialist in BF interviewed with a questionnaire previously elaborated, during the daily visit and in December of the 2005, by the telephone call to ask for the duration of the breastfeeding and the reason of the weaning.

Results: The greater percentage of mothers than gave some of the breast-feeding modalities (specially exclusive breast-feeding), had received prenatal education, information in the hospital, technique "skin with skin", first putting to the chest in delivery room and helps of the nurse to place the boy to the chest, whereas those that gave formula feeding represented a considerably smaller percentage in all the cases.

Conclusions: The demographic factors maternal conditioners of the breast-feeding agree with previous findings. These results suggest them mothers who received prenatal education, information and support in the LM during in early postpartum period, more were motivated to nurse, that those that gave formula feeding. New studies are required that allow to establish a causal relation between these factors and the beginning and duration of the breast-feeding from in early postpartum period.

Key words: Breast-feeding. Conditioners factors. Formula feeding.

Introducción

Las evidencias sobre la importancia de la leche materna son irrefutables. La leche materna es el "patrón de oro" nutricional, inmunológico y emocional para el bebé a término y saludable. Es el único alimento completo que nos ofrece la naturaleza.

Las modernas técnicas de análisis han demostrado en muchos aspectos que la leche humana es única

Correspondencia:

Magdalena Villanueva Cabrera
Departamento de Enfermería.
Hospital Universitario
Materno-Infantil de Canarias
Las Palmas de Gran Canaria
E-mail: magdalenavillanueva-
cabrera@gmail.com

en su género, y ha quedado claro que no es posible su reproducción en su composición exacta.

Un cúmulo creciente de estudios reafirma que los niños amamantados tienen menos episodios de enfermedad gastrointestinal, enfermedades respiratorias, otitis media aguda, infecciones del tracto urinario. También protege de futuras enfermedades, tales como: asma, alergia, obesidad, enfermedades inmunitarias como diabetes, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa y arterioesclerosis e infarto al miocardio en la edad adulta.

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha hecho pública el 16 de abril de 2002 la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño" A55/15 cuyo propósito es mejorar, a través de una alimentación óptima, el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo saludable de los lactantes y los niños pequeños.

En el párrafo 10 de dicho documento se establece como recomendación de salud pública mundial, que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna, a partir de ese momento deberían recibir alimentos complementarios adecuados e inocuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde.

El desarrollo de esta estrategia establece como acción prioritaria, la promoción y el apoyo a la Lactancia Materna (LM) tal como recomienda el Fondo Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia (UNICEF) y la OMS mediante la aplicación de los "diez pasos para una LM exitosa" cuya eficacia está bien demostrada y que han sido convertidos desde 1992 en un movimiento mundial conocido como Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN).

En España existe desde 1995 un Comité Nacional de la IHAN, y actualmente hay más de 100 hospitales maternos acomodando sus prácticas a las recomendaciones de la IHAN y 8 hospitales han sido reconocidos como IHAN. La situación de España en el conjunto de países industrializados puede decirse que es aceptable, pero dista mucho de la conseguida en Suecia o Noruega donde prácticamente todos los hospitales son IHAN lo que nos obliga a seguir trabajando por entender que la recuperación de la práctica del amamantamiento es una acción de salud de primer orden con especial repercusión sobre los niños y madres.

El pasado 5 de marzo del 2004 se firmó un acuerdo entre el Servicio Canario de la Salud y las Gerencias de todos los hospitales canarios que posean servicios de obstetricia-ginecología y pediatría con la Asociación

Canaria Pro-LM, siendo el objetivo adherirse al Proyecto Hospitales amigos de los niños de UNICEF.

Debido a las bondades de la leche materna, actualmente existe un gran interés por la recuperación de la LM en la alimentación del lactante en todos los ámbitos sociales, culturales y económicos. Por todo ello, es fundamental el establecimiento de sistemas de registro (encuestas) para conocer la evolución de la LM en la sociedad. Conocer la incidencia, la duración y los condicionantes de la LM permite evaluar los esfuerzos que se realizan para su promoción y apoyo y dirigir las campañas y los programas en la dirección correcta, sin malgastar un solo esfuerzo o recurso.

En este momento no existe un sistema oficial, adecuado, de seguimiento y monitorización de la LM a nivel nacional. En los últimos 20 años se encuentran dos publicaciones que describen la situación a nivel nacional: el estudio de Moran Rey (1992), que realiza una aproximación a la situación de la lactancia en España, recogiendo datos de lo publicado hasta entonces y los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud, dirigida por la Dirección General de Salud Pública, publicada en el año 2.000.

Los datos más recientes (1997) y amplios sobre LM en España, provienen de muchas comunidades autónomas de manera uniforme, y fueron impulsados por el Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría (AEP)¹⁻¹⁶. Según los datos publicados, las tasas de LM y su duración siguen siendo desalentadoras (Figuras 1 y 2).

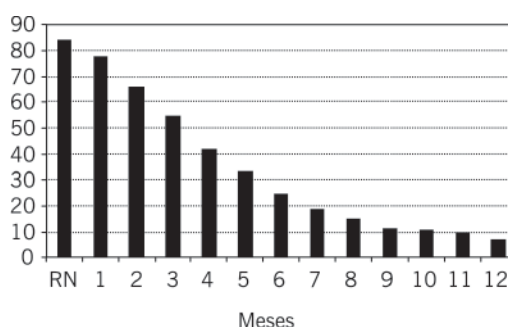


Figura 1. Porcentaje de niños con LM (al menos 1 toma al día) (Datos de García Vera, et al. 2000)

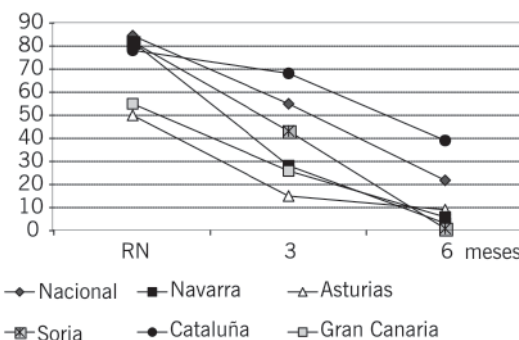


Figura 2. Datos sobre lactancia al inicio, a los 3 meses y a los 6 meses, según distintos autores españoles

A pesar de toda la evidencia científica disponible en la actualidad, la incidencia y la duración de la LM en España están muy por debajo de las recomendaciones que desde hace años realizan diversas organizaciones internacionales. Sin embargo, se observa respecto a la década anterior, que en la década de los 90 la disminución de la prevalencia de LM con la edad ya no es tan rápida y un 70 % de los lactantes de 1 mes de vida son amamantados, el 50 % a los 3 meses, pero sólo un 24,8 % a los 6 meses y un 7,2% a los 12 meses.

En la Tabla 1 se resumen los principales factores que influyen negativa o positivamente en el inicio y mantenimiento de la lactancia, según lo publicado en la bibliografía más reciente⁵.

En la Figura 2 se observa que en Gran Canaria el inicio de LM es de aproximadamente un 55 %, cifra muy por debajo de la media a nivel nacional (84,5 %), quedando ubicada en el penúltimo lugar de las comunidades autónomas estudiadas, posición que mantiene a los 3 meses y a los 6 meses se ubica en la antepenúltima posición.

Tabla 1.
Factores que influyen
sobre el establecimiento
de la LM según hallazgos
de diferentes autores

Factor	
Favorecedor	Desfavorecedor
Mayor edad materna	Madre adolescente o factor de riesgo psicosocial
Nivel de estudios maternos	Trabajo materno
Decisión materna y confianza	Regalos de la industria
Apoyo familiar	Prácticas hospitalarias erróneas
Multiparidad	Hijos previos
Educación maternal	Embarazo no controlado por la matrona
Control de embarazo en centro de salud	Etnia gitana
Ausencia de factores de riesgo social	Recién nacido varón
Vivencia favorable del embarazo	Hospital grande
Hospital pequeño	Biberones en hospital, chupetes
Prácticas hospitalarias adecuadas	Cesárea
Parto eutócico	Enfermedad materna o neonatal
Cohabitación madre-niño	Prematuridad
	Bajo peso al nacimiento

El Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (Las Palmas de Gran Canaria) (HUMIC), dispone de 80 camas de maternidad y en él se atienden un número aproximado de 8.000 partos anuales. Las mujeres embarazadas que acuden a este centro, son controladas durante la gestación en sus respectivos centros de salud, que en su mayoría desarrollan actividades de promoción de la LM, dentro del programa de Educación Maternal. Una vez que son asistidas en el parto, se les ofrece información y apoyo a la LM (parto y puerperio). Durante su hospitalización en planta, se imparten charlas y talleres de LM a las mujeres que deciden amamantar a sus hijos. Se realizan visitas diarias a todas las parturientas mientras están hospitalizadas, informándoles, apoyándolas y aclarándoles dudas respecto a la LM. Sin embargo, no existe un registro oficial adecuado de seguimiento de la lactancia al alta, por lo que se desconoce las estadísticas reales de continuidad o retiro del amamantamiento, así como los factores que inciden en ellos en nuestra comunidad.

En el HUMIC, el primer centro de referencia y atención a la parturienta y al niño de Gran Canaria, no existe un registro oficial adecuado del seguimiento de la lactancia durante su estancia, por lo que se desconoce los factores que afectan la continuidad del amamantamiento en el ámbito hospitalario.

El propósito de este estudio es conocer los factores que inciden positiva o negativamente en la LM, en las parturientas atendidas en el HUMIC durante su estancia en el hospital, con el fin de desarrollar estrategias que favorezcan el amamantamiento de los niños.

Material y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico prospectivo, descriptivo y transversal, cuyo objetivo era conocer los factores que inciden positiva o negativamente en la LM.

Muestra

El universo este estudio estuvo constituido por todas las mujeres púrpas que fueron atendidas en el HUMIC durante el período Enero-Abril 2005. El ámbito poblacional fue el listado de mujeres púrpas atendidas en el HUMIC, durante ese período. Se estimó una muestra inicial de 300 pares de mujeres púrpas y sus hijos lactantes, seleccionadas al azar. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

mujeres con embarazos controlados, con bebés de ≥ 36 semanas de gestación, saludables, procedentes de la provincia de Las Palmas, atendidas en el HUMIC durante Enero-Abril 2005. Se excluyeron las madres de niños con defectos congénitos significativos, con condiciones que contraindicaban o no recomendaban la LM, o con problemas clínicos durante las primeras 24 horas de vida que requerían admisión a la Unidad de Neonatos.

Diseño del instrumento

Se elaboró un cuestionario con 43 preguntas cerradas y 13 abiertas. El instrumento fue aplicado en una muestra de 20 mujeres púrpas, y las modificaciones finales al mismo se hicieron basadas en las respuestas.

Recogida de los datos

La muestra inicial de mujeres seleccionadas al azar fue de 300. Durante los días impares (lunes, miércoles y viernes) se escogieron las púrpas hospitalizadas en habitaciones impares en la 6ª y 7ª planta del hospital, y en los días pares (martes, jueves y sábados) aquellas que se encontraban en las habitaciones pares.

Se solicitó el consentimiento a la Dirección del Hospital y al Comité de Ética para la realización de este estudio.

Una enfermera con varios años de experiencia en LM verificó a diario el listado del número de partos y seleccionó al azar a aquellas púrpas que cumplían los criterios de inclusión del estudio. A las mujeres púrpas se les explicó el objetivo de la encuesta y aquellas que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, se les realizó una entrevista personal. Se les hicieron preguntas acerca de la información recibida durante el embarazo y durante el puerperio sobre LM, el apoyo de la pareja, madre, familiares y amigos en cuanto a LM, la disponibilidad de información sobre LM en los medios y el soporte y grado de apoyo proporcionado por el personal médico y de enfermería. También se les preguntó sobre las prácticas y recomendaciones del personal sanitario respecto a LM, así como quiénes fueron los miembros del equipo de salud que les dieron información y apoyo, así como su opinión sobre la promoción de la LM en el Hospital.

En Diciembre del 2005 se hicieron entrevistas telefónicas con el propósito de conocer la duración la LM y la causa del destete.

Definiciones de Lactancia

Por *LM exclusiva*, se utilizó la definición de la OMS¹⁷(1991) "que excluye la suplementación con alimentos líquidos o sólidos diferentes de medicamentos o vitaminas". *LM predominante* es aquella cuya fuente predominante de alimentación es la leche materna. Sin embargo, el lactante puede haber bebido agua y bebidas a base de agua (agua endulzada y aromatizada, té, infusiones), jugos de frutas, solución de sales de rehidratación oral (SRO), vitaminas, minerales y medicamentos en forma de gotas o jarabes, con excepción de los jugos de frutas y el agua azucarada, esta definición excluye cualquier alimento a base de líquidos. La *lactancia complementaria* a base de leche materna y fórmulas lácteas infantiles. La definición de *LM completa* abarca las dos primeras definiciones previas, es decir, la lactancia exclusiva y la LM predominante. Y *lactancia artificial*, es aquella que recibe el niño en forma de alimento líquido o semisólido a través de un biberón.

Aunque la alimentación por biberón no es estrictamente una categoría de LM, se considera esencial incluir entre los indicadores clave debido a su impacto en la alimentación. El objetivo es medir la prevalencia de esta modalidad de alimentación, independientemente de su contenido –ej. los lactantes que reciben leche materna en un biberón se incluyen aquí.

Análisis de los datos

Los datos demográficos examinados incluyeron las siguientes variables maternas: edad, número de hijos, estado civil, nivel educativo, trabajo, profesión, número de hijos, tiempo de destete de los hijos anteriores. Las variables concernientes al recién nacido: edad gestacional, tipo de parto, sexo y peso. Se examinaron otros factores tales como: apoyo de la pareja, técnica piel con piel en paritorio y primera puesta al pecho.

Los factores prenatales e intrahospitalarios condicionantes de LM durante el puerperio fueron determinados por la valoración de la información y apoyo suministrado por el personal sanitario (ginecólogo, pediatra, matrona, enfermera y auxiliares) en el control prenatal y durante su permanencia en el hospital. Las prácticas hospitalarias fueron medidas por una serie de preguntas que se centraron en el suministro de información y apoyo a LM, la técnica de piel con piel, la primera puesta al pecho y cómo se sintieron al amamantar al bebé.

Las variables numéricas se resumieron mediante medias y desviaciones estándar y las categóricas

mediante tablas de frecuencia. La distribución de variables numéricas se exploró mediante los diagramas de cajas (Box-Plot).

Los datos se codificaron utilizando el programa Microsoft Access. El análisis de los datos fue procesado con el programa estadístico SPSS v. 13.01.

Resultados

La muestra estimada estuvo integrada por un total de 300 mujeres puérperas cuyos bebés nacieron a término y saludables (> 36 semanas de gestación),

que fueron atendidas en el HUMIC, durante el período Enero – Abril 2.005. Se excluyeron 50 mujeres que no pudieron ser localizadas telefónicamente después del alta para completar el cuestionario, 12 que se negaron a participar en el estudio por barreras del lenguaje y 38 que no pertenecían a la provincia de Las Palmas. La muestra final fue de 200 mujeres puérperas que contestaron las encuestas. Aquellas encuestas en las que faltaron algunos datos, las mujeres fueron llamadas telefónicamente para completar la información semanas después.

Las características de la población estudiada se presentan en la Tabla 2. La edad media materna fue de 31,3 años $\pm$ 6,0 D.T., con un rango de edad de

Tabla 2.
Características
demográficas de las
madres puérperas del
HUMIC, enero - abril,
2005

Características	Categoría	Nº	%
Edad (años)	< 18	4	2
	19-20	7	3,5
	21-25	26	13,0
	26-30	42	21,0
	31-35	70	35,0
	36-40	41	20,5
	40-45	7	3,6
Nivel de estudios	Sabe leer	4	2
	Primer grado (hasta EGB)	65	32,5
	Segundo grado (FP, 1º, 2º, 3º BUP y COU)	89	44,5
	Tercer grado (Estudios Universitarios)	40	20
Estado civil	Casada	128	64
	Divorciada	1	0,5
	Soltera	5	2,5
	Unión de hecho	45	22,5
Situación laboral	Con empleo	64	32,0
	Sin empleo	134	67,0
Profesión u ocupación	Ama de casa	82	41,0
	Trabaja fuera de casa	110	55,0
	Estudiante	5	2,5
	No contestó	3	1,5
Nº hijos previos	Nulípara	104	52
	> 1	96	48
Experiencia previa en amamantamiento	Ninguna	116	58
	Amamantamiento previo < 6 meses	39	19,5
	Amamantamiento previo > 6 meses	15	30
Apoyo familiar y social	Pareja	176	88
	Madre	167	83,5
	Otros familiares y amigos	168	84
Antecedentes clínicos	Alergia	42	21
	HTA durante el embarazo	33	16,5
	Obesidad	27	13,5
	Diabetes Gestacional	25	12,5
	Asma	9	4,5
	Otras enfermedades	13	6,5
	HTA crónica	6	3,0
	Diabetes Mellitus	3	1,5

16 a 44 años. El promedio de hijos fue de $1,19 \pm 0,46$ (0 a 3 hijos). De la población el 64 % estaban casadas, el 98% tenían algún grado de educación escolar. El 32% de las madres trabajaban fuera del hogar. El 52% de las madres eran primíparas. Los antecedentes clínicos de las mujeres puérperas se presentan en la Tabla 2.

Información y conocimientos sobre LM durante el embarazo

Para el 45 % de las madres la información sobre LM difundida por los medios (prensa, radio, TV, revistas, internet) era insuficiente.

Un 40,5 % no tenía conocimiento de la existencia de los grupos de apoyo a la LM y un 39% tampoco había recibido información sobre LM antes del parto. Hubo un 59 % de madres que recibieron información inherente a la LM en los controles prenatales en el Centro de Salud, impartida por la matrona principalmente, mientras que un 39,5 % no tuvo acceso a esta información debido a que el Centro de Salud al que asistieron no tenía matrona.

Para valorar el conocimiento adquirido acerca de la LM el 82,5% respondió que el mejor momento para dar el pecho es cada vez que el niño lo pida (lactancia a libre demanda), mientras que para un 15 % de las madres se le debe amamantar cada 3 horas.

El 78 % ($n=156$) de las mujeres piensa que si su hijo llora media hora después de amamantarlo, se le puede dar pecho porque a lo mejor quiere un poco más, mientras que un 10 % esperaría al menos 2 horas y un 9,5 % lo entretendría con el chupete porque seguro que no llora por hambre. Cuando se les preguntó acerca de cuánto tiempo pensaban amamantar a este bebé, el 76 % no sabían mientras que del 24 % restantes, 19 mujeres querían amamantarlo por un período superior a los 6 meses.

El 95 % de las puérperas estaban concienciadas positivamente para amamantar a este bebé.

Características del parto y prácticas hospitalarias pro LM

El 80% de las puérperas tuvieron un parto eutócico, 12% por cesárea y un 7,5% mediante fórceps. Un 43 % de las puérperas parieron entre las 36 y 39 semanas y un 55 % entre las 40 y 42 semanas. El sexo de los recién nacidos fue de un 55% de varones y un 45% de hembras.

En paritorio, sólo a un 60,5 % de las madres se le puso a su bebé "piel con piel". Para el 53 % la primera puesta al pecho fue en la sala de puerperio, en un 20,5 % fue en paritorio y en planta en un 24 %. El 86 % de las puérperas refirieron sentirse "satisfecha y contenta" después de poner a su hijo al pecho, mientras que un 3,5 % se sentían "cansada y dolorida" y un 4,5 % "triste y preocupada". Los bebés del 85,5 % de las puérperas permanecieron todo el tiempo en la habitación con su madre y un 12,5% no estuvieron de manera permanente.

Lactancia

Se agruparon a las mujeres en cuatro categorías según el tipo de lactancia que daban al recién nacido al alta hospitalaria: a) LM exclusiva, b) LM, c) lactancia complementaria (pecho y biberón) y d) lactancia artificial (Tabla 3). La LM predominante representó el 31 %, seguida de la lactancia complementaria con un 34 %, mientras que sólo un 22,5 % de las madres dieron lactancia exclusiva durante su hospitalización. Esto significa que por lo menos el 53,5 % de los recién nacidos al alta hospitalaria eran alimentados con leche materna de forma exclusiva o predominante.

La edad media de las mujeres puérperas según el tipo de lactancia al alta hospitalaria, fue similar a la edad media de todos los grupos ($31,3 \pm 6,0$ años).

El 47,5 % de las mujeres había sido madre en 1 o más ocasiones mientras que para el 52% esta era su primera maternidad. Un 58% carecían de experiencia en el amamantamiento. Destaca que entre un 83,5 a 88% de las mujeres contaba con apoyo social (pareja, madre u otros) para la práctica de la LM.

Del total de mujeres que habían sido madres previamente, un 31% habían amamantado a su primer hijo durante 6 meses o más; un 23% entre 3 y 4 meses y un 4% entre 4 -5 meses. Esto significa que por lo menos un 58% de las mujeres amamantaron a su primer hijo hasta los 4 meses y un 12,5% no lo amamantó.

En la entrevista telefónica realizada en diciembre del 2005, se les preguntó por el tiempo que habían ama-

Tipo de lactancia	n	%	Duración Meses (x)
Exclusiva	45	22,5	4,8
Materna predominante	62	31	4,5
Complementaria	68	34	3,6
Artificial	25	12,5	1,2

Tabla 3.
Tipo de lactancia que recibía el niño al alta del Hospital y duración (meses) a diciembre 2005

mantado a sus bebés. El tiempo medio de duración de todos los tipos de lactancia fue de 3,9 meses $\pm$ 2,7 meses. En la Tabla 3 se aprecia que las mujeres que dieron LM (exclusiva o materna predominante) tuvieron un amamantamiento más prolongado que las de lactancia mixta y artificial.

Soporte hospitalario

Durante la entrevista personal, las madres fueron interrogadas para conocer las prácticas intrahospitalarias condicionantes de la LM en el puerperio inmediato, así como la información y el apoyo recibido por el personal sanitario.

Un 52,5 % de las mujeres pidió ayuda para poner el niño al pecho y un 46 % no solicitó ayuda. No obstante, el 84,5 % recibió ayuda y un 14 % no fue atendido. Un 48 % de las mujeres pidió biberones y no lo hizo otro 48,5 %, sin embargo, le fueron

ofrecidos al 69,5 % de las mujeres por el personal sanitario en un 95 % de los casos.

Cuando se les preguntó la razón por la que habían pedido biberones, las principales respuestas fueron: "Mi niño llora por hambre" (37,2 %); "Tengo poca leche", (21,3%); "No cogía el pecho" (9,6%) o "Porque estoy muy cansada" (3,5%).

En menor porcentaje (0,5 %) las razones aludidas fueron: dolor en los pezones, mala experiencia previa, miedo a hipoglucemia o deshidratación, "no quería que se acostumbrara al pecho".

Un 75 % de las púerperas recibieron información en el hospital, siendo informadas por las enfermeras y auxiliares un 66 %. "En planta" fue el lugar donde un mayor número de mujeres púerperas recibieron información sobre LM (71%).

Cuando se les preguntó si habían recibido suficiente apoyo e información en el hospital el 58,5 % respondió "Sí". Sin embargo, al profundizar en el por qué se encontraron respuestas no concordantes o ambiguas en la mismas mujeres, ya que sólo un 39,5 % dijeron que si habían recibido apoyo e información, al 13,5% les pareció que la información fue insuficiente. Para un 12,5 % consideran que hay carencias de personal especializado en LM, un 9 % dijo que no había recibido apoyo, 4 % que les habían ofrecido biberón, 1,5 % estaban desconcertadas por las diferencias de opinión del personal sanitario en cuanto a la LM y otro 1,5% "ya sabía amamantar"

Figura 3.
Porcentaje de niños con LM (exclusiva, predominantemente materna o complementaria) al 1 de diciembre del 2005, HUMIC, Gran Canaria

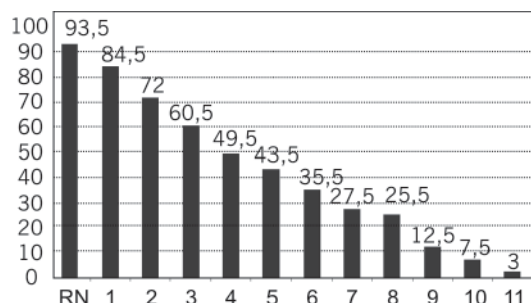


Tabla 4.
Características demográficas de las mujeres púerperas del HUMIC, según el tipo de LM al alta hospitalaria, enero-abril 2005

	Exclusiva (n=45)	Materna Pred (n=62)	Complem. (n=68)	Artificial (n=25)
Edad media (años)	31,6	31,0	31,3	31,2
Nivel de estudios:				
1º grado	31,1	29,0	33,8	40,0
2º grado	42,2	43,5	52,9	28,0
3º grado	24,3	25,8	11,8	20,0
Sabe leer	4,0	1,6	1,5	4,0
Nº hijos previos				
0	42,2	53,2	52,9	64
1	44,4	38,7	42,6	32,1
2	13,3	3,2	4,4	4,0
3	-	4,8	-	-
Concienciada para amamantar	97,8	98,4	97,1	76
Tiempo que desea amamantar				
< 6 meses	0	1,6	0	0
6 meses	17,6	8,0	4,5	4,0
> 6 meses	11,0	12,8	13,5	4,0
Otros	66,7	77,4	79,4	84,0
Apoyo de la pareja	93,3	87,1	89,7	76
Duración media (meses) de la LM (DT)	4,8 $\pm$ 2,9	4,5 $\pm$ 2,5	3,6 $\pm$ 2,6	1,2 $\pm$ 2,2*

* Se incluyeron las madres que si bien no amamantaron durante su hospitalización, lo hicieron después en el hogar

(Tabla 4). Al pedirles sugerencias de cómo el hospital podría apoyar más a las madres que desean amamantar, un 21% recomienda más información antes y después del parto, un 18 % consideran que debería haber una atención más continuada en todos los turnos y el 15 % sugieren personal especializado en LM y que se establezcan protocolos específicos en esta área. Otras madres, el 4,5 % recomiendan que no se ofrezcan biberones y un 5,5 % que haya un mejor trato por parte del personal sanitario. Un 1 % pide mayor control de las visitas.

En la primera semana de diciembre del 2005, cuando se les entrevistó telefónicamente para preguntarles acerca de la duración de la lactancia y la razón del destete, todos los niños superaban los seis meses de edad y habían cumplido 11 meses un 7%, 10 meses un 25,5%, 9 meses un 17%, 8 meses un 27% y 7 meses un 23 %. Entre los niños que recibieron LM (exclusiva o materna predominante) la duración media fue de $125,5 \pm 59,1$ días (rango entre 2 a 180 días), ubicándose 60 y 180 días, en los percentiles 25 y 75, respectivamente, y 150 días en el percentil 50. En la Tabla 3 se presenta el porcentaje de niños según el tipo de lactancia que tenían al alta hospitalaria y su duración hasta los once meses de edad. La Figura 3 muestra el porcentaje de niños con LM (exclusiva, predominantemente materna o complementaria) al 1 de Diciembre del 2005. Se observa que en la población estudiada la prevalencia de la LM fue del 35,5 %, que incluía la exclusiva, la predominantemente materna y la complementaria, mientras que en la Figura 4 se observa que en aquellos niños que fueron alimentados exclusivamente al pecho el porcentaje de lactancia a los 6 meses era del 53%.

Los problemas más frecuentemente relacionados con el amamantamiento fueron la hipogalactia (53 casos, 26,5%), incorporación al trabajo (16 casos, 8%), el niño se quedaba con hambre (11 casos, 5,5%), agobio de la madre (7 casos, 3,5%), dolor, grietas en los pezones (5 casos, 2,5 %), medicamentos (4 casos, 2 %), mala postura del niño para amantar (4 casos, 2 %), mastitis (4 casos, 2%), no ganaba peso (3 casos, 1,5%), En un porcentaje menor las razones fueron no saber, mala experiencia anterior, entre otras.

Cuando se analizan los datos de acuerdo al momento en el que ocurrió el destete, se observa que en las mujeres que destetaron antes de las dos semanas, las principales causas fueron: hipogalactia (4 casos, 21,1%) y agobio (2 casos, 10,5%). El destete entre la tercera y cuarta semana obedeció a: hipogalactia (5 casos, 25%), y desconocimiento y nervios (3 casos, 15%). A partir del primer mes y hasta el tercero se

repite como primera causa de discontinuación de la lactancia: hipogalactia (21 casos, 48,8%), dolor en pezones (2 casos, 4,7%) y mastitis (2 casos, 4,7%). Entre el cuarto y sexto mes continúa ocupando el primer lugar la hipogalactia (17 casos, 41,5%), pero aparece en segundo lugar, la reincorporación al trabajo (11 casos, 26,8%).

Factores demográficos y tipo de lactancia materna

En este estudio también se identificaron los factores demográficos que de acuerdo con otros autores, son condicionantes del inicio y duración de la LM, tales como el nivel educativo, apoyo de la pareja, paridad y educación prenatal, concienciada para amamantar (Tabla 4). Amamantaron más las mujeres con mayor nivel educativo, casadas, con apoyo de la pareja, que ya tenían un hijo anterior y que recibieron educación prenatal en los Centros de Salud.

En la Figura 5 se presenta el porcentaje de mujeres púrpas según el tipo de lactancia al alta de acuerdo a las prácticas intrahospitalarias tendientes a favorecer la LM. Las madres que dieron lactancia exclusiva a sus bebés se caracterizaron por ser las que en mayor porcentaje tuvieron la experiencia "piel con piel" con su bebé al nacer, la primera puesta al pecho en puerperio, recibieron más ayuda para colocar el niño al pecho, y al igual que las otras madres que amamantaron (LM predominante o complementaria) sus bebés permanecieron todo el tiempo con ellas (cohabitación) y tuvieron menos ofrecimiento de biberones comparadas con las madres que dieron lactancia artificial.

Entre el 70 a 80 % de las púrpas que recibieron información respecto a la LM, fueron púrpas que dieron LM en cualquiera de las tres categorías, exclusiva, materna predominante o complementaria, mientras que apenas un 55 % de las que dieron lactancia artificial recibieron algún tipo de infor-

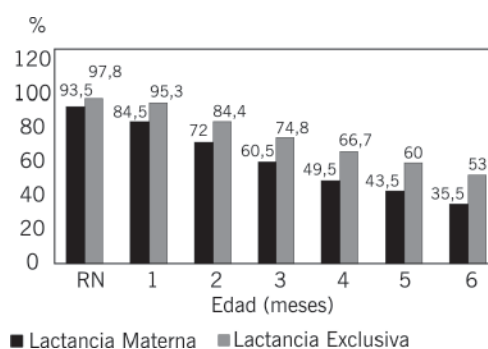


Figura 4.
Porcentaje de niños con LM y LM exclusiva al 1 de diciembre del 2005, HUMIC, Gran Canaria. LM: n = 200; Lactancia exclusiva n = 45

Figura 5.
Prácticas hospitalarias
en mujeres puérperas (%)
según tipo de LM al alta
(exclusiva, materna
predominante o
complementaria)
enero-abril 2005, HUMIC,
Gran Canaria

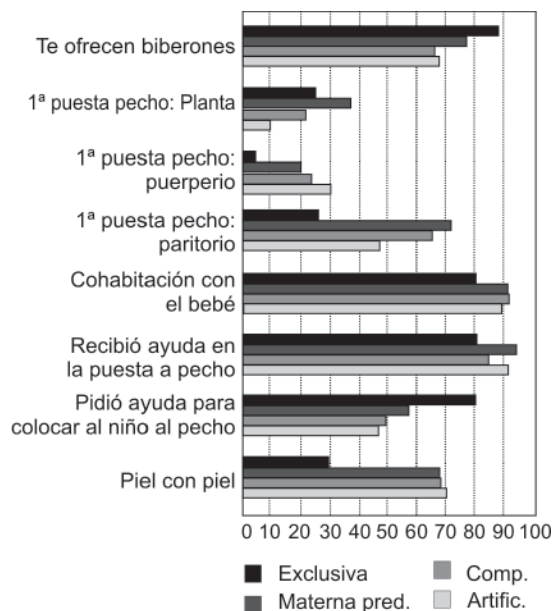


Figura 6.
Información
intrahospitalaria sobre
LM (dónde y quién),
recibida por las mujeres
puérperas, según tipo de
LM al alta
(exclusiva, materna predo-
minante o
complementaria)
enero-abril 2005, HUMIC,
Gran Canaria

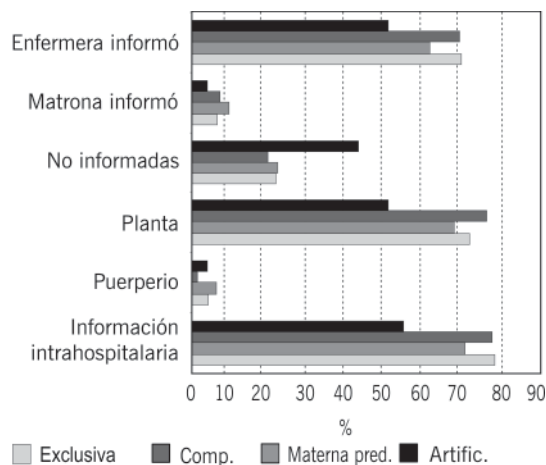
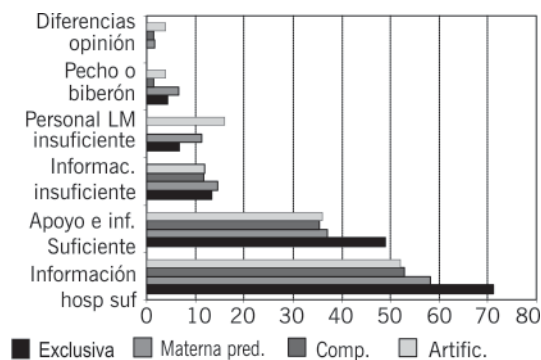


Figura 7.
Opinión de las mujeres
puérperas sobre el soporte
hospitalario en la
promoción de la LM, según
tipo de LM al alta
(exclusiva, materna predo-
minante o
complementaria)
enero-abril 2005, HUMIC,
Gran Canaria



mación. Y la enfermera fue el personal sanitario que impartió más información en todos los grupos, especialmente mientras las mujeres estuvieron en la planta (Figura 6).

En la Figura 7 se presentan las principales opiniones de las mujeres puérperas respecto al soporte hospitalario que recibieron durante su estancia. Más del 85 % de las madres que dieron lactancia exclusiva habían recibido ayuda, un 70 % consideró que el apoyo e información fue suficiente mientras que en el caso de las madres que dieron lactancia artificial menos del 40% recibió apoyo e información suficiente. También destaca que un mayor porcentaje de estas madres que dieron lactancia artificial consideran que no hay suficiente personal especializado en LM y se quejan de las diferencias de opinión que existe entre el personal sanitario que las atendió.

Discusión

La prevalencia de la LM ha incrementado lentamente en los últimos años. Sin embargo, ha disminuido sustancialmente entre mujeres de todas las razas en la lactancia a los 5 y 6 meses de edad. En 1998, el porcentaje de niños amamantados al pecho entre los 5 y 6 meses era de apenas el 31 % entre las mujeres de raza blanca, 19 % entre las afroamericanas y 28 % entre las hispanicas.

En el informe Healthy People 2010¹⁸, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. establece como meta incrementar por lo menos a un 75 % la proporción de madres que amamantan a sus bebés en el puerperio y al menos llevar a un 50 % la proporción de aquéllas que continúan amamantando hasta los 5 ó 6 meses e incrementar la lactancia al año de edad al 25%. Este informe también señala las barreras que se interponen al éxito de LM que requieren tanto de la educación pública como profesional del personal de salud. La Academia Americana de Pediatría establece la "LM y el Uso de la Leche Humana", señalando las prácticas correctas de alimentación, así como también el papel del personal sanitario en la promoción de la LM¹⁹.

La prevalencia de LM exclusiva en la población estudiada fue del 97,8% al alta del hospital y del 93,5 % para el conjunto de modalidades de LM (exclusiva, materna predominante y complementaria). Sin embargo, se observó que a los 6 meses, poco más de la mitad de los lactantes recibieron lactancia exclusiva, 53% vs. el 35 % de los niños que incluían las tres modalidades de LM (exclusiva, materna

predominante y complementaria). Aún cuando estas cifras reflejan una mejora considerable respecto a la prevalencia reportada en un estudio previo en Gran Canaria (Figura 2), los resultados del presente estudio no alcanzan las metas de las organizaciones nacionales e internacionales (OMS, UNICEF, Healthy People 2010)^{17,18}.

La LM es un proceso activo que requiere de dos actores: la madre y su bebé. Este proceso es una elección personal y no puede ser inducido por familiares, médicos, enfermeras, la pareja u otras personas. Es una decisión que toma la mujer de acuerdo a sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y económicas. Algunos estudios sobre la LM no sólo han mostrado las ventajas de esta práctica, sino también algunas dificultades relacionadas con el destete temprano debido a diversos factores que interfieren en este proceso²⁰.

En la última década los factores sociales y económicos han influido en los cambios en la vida de las madres y sus bebés. Las mujeres y los niños de los países desarrollados son más vulnerables a las enfermedades causadas por el destete temprano que causan a menudo la muerte.

Algunas barreras que impiden la LM, incluyen las actitudes negativas de la mujer, de la pareja y la familia, así como también del personal sanitario que guía la LM.

Los resultados de este estudio, coinciden con los reportados por Piper y Parks²¹ en el que observan que las madres solteras, las que no participaron en las clases prenatales, y las fumadoras eran menos dadas a la lactancia exclusiva. Asimismo la introducción temprana de suplementos estuvo asociada negativamente con la lactancia. Al igual que estos investigadores, los hallazgos de este estudio indican que las mujeres de mayor edad, casadas, con más nivel educativo y que recibieron educación prenatal fueron las que en mayor proporción amamantaron a sus bebés, bien sea con lactancia exclusiva o predominantemente materna.

El papel del hospital y su apoyo al alta de las mujeres púerperas, también ha sido descrito en diversos estudios¹. Aunque se han realizado muchas investigaciones en la continuación de la lactancia, pocas han evaluado los factores que amenazan la intervención del profesional sanitario en el hospital. Durante las 12 primeras semanas después del parto, las madres se ajustan a las nuevas demandas físicas, psicológicas y sociales.

Es importante destacar que en la población estudiada había un alto porcentaje de mujeres concienciadas para amamantar, por lo que debería existir una alta

probabilidad de éxito en el inicio y duración de la LM. Sin embargo, se observó que del 95 % de las mujeres concienciadas, amamantaron un 93,5% al alta hospitalaria y al mes sólo lo hacía el 84,5 % (Figura 3).

El objetivo de estudio era describir cuáles son los factores intrahospitalarios que inciden positiva o negativamente en la LM en una población de mujeres púerperas del HUMIC, ya que hasta el momento no existe un registro oficial adecuado del seguimiento de la LM.

Los resultados obtenidos coinciden con los de estudios previos que sugieren que el personal sanitario puede tener un papel influyente en el inicio y continuación de la LM. Los profesionales de la salud encargados del cuidado de las madres y sus bebés han sido asociados con la lactancia. Sin embargo, la reducción en el tiempo de hospitalización puede afectar el éxito de la lactancia de esas madres y recién nacidos debido a que se reducen las oportunidades de educación, observación e instrucciones prácticas de las técnicas correctas para amamantar. La reducción significativa en el equipo de enfermeras como método para reducir y controlar los costos hospitalarios puede exacerbar esas condiciones. Aunque en otros países, algunos hospitales tienen servicios especializados de soporte a la LM, tales consultoras en lactancia, la interacción y el apoyo a las nuevas madres puede fracasar considerablemente acortando las expectativas debido a los horarios de trabajo y a una hospitalización más corta²².

Conclusiones

En la población estudiada la prevalencia de lactancia materna en recién nacidos fue del 93,5 %, reduciéndose en aproximadamente un 10 % al mes de edad y manteniendo esta tendencia mensual hasta el cuarto mes de vida.

La duración media de la lactancia materna fue de 3,9 meses. Sin embargo, las madres que al alta hospitalaria daban lactancia exclusiva su duración fue de 4,8 meses.

Para el inicio y continuación de la lactancia exclusiva no es suficiente que las mujeres estén concienciadas para amamantar y que hayan recibido educación prenatal.

Las mujeres púerperas que amamantaron a sus recién nacidos, bien sea con lactancia exclusiva, materna predominante o complementaria, fueron aquellas

que habían recibido más información y apoyo en la lactancia materna, tuvieron el contacto "piel con piel" al nacer el bebé, la primera puesta al pecho en paritorio y cohabitación madre-hijo, durante su estancia en el hospital.

Las madres que optaron por lactancia artificial fueron predominantemente mujeres sin apoyo de la pareja, solteras, de menor nivel educativo, sin educación prenatal pero que también recibieron menor información, atención y apoyo dentro del hospital, siendo las que opinan que se requiere más personal especializado en lactancia materna para educar y apoyar a las mujeres durante el puerperio.

Las posibilidades de éxito en el inicio y continuación de la lactancia materna se reducen cuando a los factores maternos negativos se suman el insuficiente soporte educativo, técnico y de apoyo a las mujeres púrpas dentro del hospital.

Existe un incremento de casi el doble en la prevalencia de la LM, cuando se compara con los datos de estudios previos realizados en Gran Canaria.

Las mujeres púrpas demandan de más personal especializado y motivado en lo concerniente a la lactancia materna, tanto en el control prenatal como durante el puerperio, así como también de la unificación de criterios entre el personal de salud y la implementación de programas de enseñanza en las técnicas adecuadas de lactancia. Todos ellos, en conjunto pueden ser factores decisivos para el buen inicio y continuidad de la misma.

Bibliografía

1. Barriuso Lapresa LM, 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;50:237-43.
2. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Pautas Hospitalarias respecto a la Lactancia Materna en el centro norte de España. *An Esp Pediatr* 2000;52:225-31.
3. Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico de lactancia materna en España. *An Esp Pediatr* 1999;50:333-40. Del Real Llorente M, Pellegrini Belinchón J, Del Molino Anta A. Mantenimiento de la Lactancia Materna. *An Esp Pediatr* 2000;52:69.
4. Estévez González MD, 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;56:144-50.
5. Hernández Aguilar, Ma. Teresa. "Epidemiología de la Lactancia Materna. Prevalencia y tendencias de la LM en el mundo y en España". En: Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría. "LM: guía para profesionales" Monografías de la Asociación Española de Pediatría. No. 5. Barcelona 2004;32-43.
6. Galpalsor Arrate JM, López López A, Arrieta Gutiérrez L, Peral Alonso, Bona Poza M, Urtasun Noguera E. Estudio epidemiológico de LM en Soria. *Acta Pediatr Esp* 2002;60:25-31.
7. García Vera C, Martín Calama J. LM en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000;7:21-35.
8. García-Ramos Estarriol L, González Díaz JP, Duque Hernández J. Hábitos alimentarios e ingesta dietética en el primer año de vida. *An Esp Pediatr* 2000;52:523-39.
9. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacos J, Iglesias Niubó J, et al. LM en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Anal Esp Pediatr* 2001;54:297-302.
10. Labordena Barceló, Nacher Fernández A, Sanantonio Valdearcos F, Barreda Simó I, Palau Fuster G, Palomares Gimeno MJ, et al. Centros de Atención Primaria y LM. *An Esp Pediatr* 2001;55:225-9.
11. Llanos de la Torre Quirarte M, Garijo Ayestarán C, Poch Olive, Marrodan JA. Estudio de una población gitana rural en relación con la Lactancia Materna. ¿Una población atípica? *An Esp Pediatr* 2000;52:73-5.
12. Paricio Talayero JM, Santos Serrano L, Fernández Feijoo A, Martí Barranco E, Bernal Ferrer A, Ferriol Camacho M, et al. LM: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural *Aten Primaria* 1999;24:337-43.
13. Ponce Ortega A, Conde Gómez MT. Consideraciones sobre la epidemiología de la Lactancia Materna en el centro norte de España. *An Esp Pediatr* 2000;53:605-6.
14. Sastre Gussoni E, Miranda León MT, Muñoz Hoyos A, Galdó Muñoz G. Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. *An Esp Pediatr* 2000;53:223-8.
15. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la Lactancia Materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria* 2000;15:104-10.
16. Yaque M, Castillo E, Praena M, Sancho C, Fernández A, Herrera C, et al. Factores relacionados con el inicio de la Lactancia Materna en nuestro medio. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2000;5:35-46.
17. WHO, Division of Child Health and Development. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Reprinted report of an Informal Meeting. 11-12 June 1991. Geneva, Switzerland. [serie en Internet] [citado 22 Ene 2006]; Disponible en: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.htm.

18. Healthy People 2010. Office of Disease Prevention and Health Promotion, U.S. Department of Health and Human Services] [citado 24 Ene 2006]; Disponible en: http://www.healthypeople.gov/Document/HTML/Volume2/16MICH.htm#_ednref12.
19. Arora S, McJunkin Ch, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*. 2000;106(5):67-72 [serie en Internet] [citado 22 Ene 2006]; Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/c67.
20. Araujo E, Lopes Neto D, Vasconcelos EM, Vasconcelos MG, Becerra SM. Risk for ineffective Breastfeeding: An Ethnographic Repor. *The Internet Advanced Nursing Practice*. 2005;7(2):1-8. Citado en <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijanp/vol7n2/breast.xml>.
21. Piper S, Parks PL. Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey. *Birth*. 1996;23:7-12. En: Arora S, McJunkin Ch, Wehrer J, Kuhn P. Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*. 2000;106(5):67-72 [serie en Internet] [citado 22 Ene 2006]; Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/c67.
22. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoettker PJ, Ather-ton HD, Kotagal U. Health System Factors Contributing to Breastfeeding Success. *Pediatrics*. 1999;104(3):1-7 [serie en Internet] [citado 19 Ene 2006]; Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/104/3/e28>.