

### **Cómo citar este documento**

Torre Gálvez, Isabel De la; Ramos Rodríguez, Trinidad; Velasco Agulló, Concepción; Reca Bueno, Isabel. Estudio de prevalencia y causas de abandono de la lactancia materna de recién nacidos en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0460.php>

## **ESTUDIO DE PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA DE RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA**

### **Autores:**

Isabel De la Torre Gálvez,<sup>1</sup> Trinidad Ramos Rodríguez,<sup>2</sup> Concepción Velasco Agulló,<sup>3</sup> Isabel Reca Bueno.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermera Supervisora de Coordinación y Evaluación Asistencial. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Pabellón Materno-Infantil. Málaga (España).

<sup>2</sup> Matrona. Servicio de Partos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Pabellón Materno-Infantil. Málaga (España).

<sup>3</sup> Auxiliar de Enfermería. Servicio de Partos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Pabellón Materno-Infantil. Málaga (España).

<sup>4</sup> Subdirectora de Atención a la Ciudadanía. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Pabellón Materno-Infantil. Málaga (España).

### **Correspondencia:**

Isabel de la Torre Gálvez. Unidad de Desarrollo Profesional. HRU Carlos Haya; Hospital Materno-Infantil. Avd. Arroyo de los Angeles s/n. 29011. Málaga.  
Tlf Móvil: 677903275  
[isabelespiel@yahoo.es](mailto:isabelespiel@yahoo.es)

**DURACIÓN:** 2 años

## RESUMEN

**Introducción:** la lactancia materna es la fuente de alimentación de elección para la nutrición de los recién nacidos. A pesar de este hecho y de las estrategias de impulso por parte de las instituciones sanitarias, la lactancia materna sigue teniendo una incidencia escasa en nuestra sociedad debido a los cambios culturales y laborales contemporáneos.

**Objetivo:** describir la prevalencia en el establecimiento de la lactancia materna en todas sus modalidades y las causas de abandono en niños nacidos en el Hospital Regional Universitario (HRU) Carlos Haya de Málaga.

**Metodología:** es un diseño de cohortes prospectivo al realizarse un seguimiento de las madres desde su elección de lactar tras el alumbramiento hasta su abandono o fin del estudio. La población de estudio es todas las madres de bebés nacidos en el HRU Carlos Haya durante el periodo de estudio (Noviembre 2009/ Octubre 2010) y que durante su estancia han establecido lactancia materna como modo de nutrición de sus hijos en cualquier modalidad y continua en el momento del alta hospitalaria.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La leche materna es el mejor alimento que puede recibir un bebé en las primeras etapas de su vida. Numerosos estudios han demostrado las innumerables ventajas que la lactancia materna presenta para los niños y sus madres, desde el punto de vista de su salud física, psicológica y afectiva.<sup>1-8</sup> La lactancia materna disminuye el riesgo de padecer infecciones y enfermedades crónicas y favorece el desarrollo cognitivo durante la infancia;<sup>9-11</sup> prolongándose dichos beneficios en la época de adulto.<sup>12</sup>

La leche materna, administrada de forma exclusiva, es el alimento ideal para el bebé durante los seis primeros meses<sup>13,14</sup> y después, conjuntamente con otros alimentos de calidad, hasta los dos años o hasta que la madre y el hijo quieran, ya que favorece el proceso de crecimiento y el desarrollo inmunológico del lactante.

La lactancia materna también es beneficiosa a corto y largo plazo para la salud física de la madre. El amamantamiento favorece la contracción del útero, disminuyendo el sangrado tras el parto y facilitando que éste recupere su tamaño y tono anteriores. La disminución del sangrado post-parto, junto con la inhibición de la ovulación que la lactancia trae aparejada, contribuye a la recuperación de la anemia del embarazo.

En cuanto a los efectos a largo plazo, existe una relación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de padecer cáncer de mama y de ovarios.<sup>15-17</sup>

Desde un punto de vista psicológico y afectivo,<sup>19,20</sup> las mujeres que han lactado con éxito definen esta experiencia como algo placentero y muy satisfactorio, que repercute positivamente en su confianza como madres y en el bienestar de sus hijos, lo que establece un especial vínculo de unión entre ambos. El contacto piel con piel que favorece la lactancia proporciona al recién nacido un sentimiento de calor y seguridad que va más allá de su mera función nutritiva, aplicándose, cada vez más, en el cuidado de recién nacidos de bajo peso en las unidades de neonatología de todo el mundo.<sup>4,19,21,22</sup>

Finalmente, hay que resaltar que la lactancia materna es una fuente de alimentación ecológica y económica al no necesitar fabricarse, envasarse, ni transportarse. Los niños amamantados ocasionan menos gasto a sus familias y a la sociedad en utilización de Servicios Sanitarios.<sup>23</sup>

A pesar de estas evidencias y los esfuerzos realizados en los últimos años por organizaciones de mujeres, colectivos ciudadanos, instituciones y personal sanitario para estudiarla, valorarla y promocionar su recuperación, los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ponen de manifiesto unas bajas tasas de lactancia materna y un abandono temprano, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001, en España poco más del 60% de las madres daba pecho a sus hijos seis semanas después del nacimiento y sólo el 23% continuaba a los seis meses.<sup>24</sup>

El amamantamiento tiene un componente instintivo, fundamentalmente en lo que se refiere al recién nacido, reflejos de búsqueda, de succión y deglución, pero también necesita de un aprendizaje de la técnica concreta que venía dado por la transmisión de conocimiento de madres a hijas, o a través de la experiencia compartida culturalmente.<sup>25</sup>

Es en este sentido que se habla de la pérdida de la cultura de la lactancia materna.<sup>27,28</sup>

La generalización de este cambio en la alimentación del ser humano, comienza a finales del siglo XIX, cuando avances científicos como la pasteurización permiten desarrollar fórmulas modificadas de leche de vaca digeribles para los lactantes humanos.

Junto a este factor de carácter científico y técnico, en la base de esta transformación en los hábitos de alimentación, se conjugan multitud de factores de índole económica, social y cultural, que aún hoy dificultan la recuperación de la lactancia materna, a pesar de los esfuerzos que se están llevando a cabo desde un número cada vez mayor de ámbitos.

Tradicionalmente, el instinto y la experiencia maternos formaban la base de lo que se consideraba como el cuidado adecuado de los recién nacidos. Las técnicas concretas que las mujeres empleaban con sus bebés eran transmitidas y enseñadas de madres a hijas o entre otras mujeres en la misma situación. El criterio de autoridad de este tipo de conocimientos provenía de las propias mujeres. Sin embargo, a medida que la ciencia ha ido en desarrollo, el papel protagonista en temas de cuidado de los hijos se fue desplazando hacia el ámbito médico. Durante décadas, se les ha dicho a las mujeres que necesitaban seguir los consejos de los expertos médicos y científicos. Más que aprender activamente por ellas mismas, las mujeres pasaron a depender de las instrucciones de las autoridades científicas y médicas.<sup>29</sup>

Otro factor es la incorporación de la mujer al mercado laboral que ha provocado que la alimentación de los recién nacidos se derive hacia la lactancia artificial y haciéndose habitual el recurso a otro tipo de alimentos a edades tempranas, auspiciado todo ello por la aceptación social de la autoridad médica que ha sido utilizada a menudo por la industria para vender productos relacionados con la salud de los recién nacidos, entre ellos las fórmulas de alimentación infantil, constituyendo una nueva imagen social de la maternidad asociada al biberón. La consecuencia de todo ello ha sido la asunción de prácticas erróneas y la consideración, en su momento, de los sucedáneos de la leche materna como una alternativa de alimentación adecuada e incluso superior a ésta.

Hasta 1.919 no se produce una iniciativa a nivel internacional de defensa de la maternidad en el entorno laboral, mediante el “Convenio sobre la Protección de la Maternidad”, en el que se reconoce la necesidad de promover derechos laborales a la mujer, que permitan compatibilizar sus roles productivo y reproductivo. La existencia de estas medidas de protección ha contribuido a mejorar las condiciones en las que las mujeres trabajadoras hacen frente a la maternidad. Sin embargo, la reincorporación al trabajo sigue siendo un momento importante de abandono de la lactancia debido a la dificultad para

compatibilizarla con el ritmo que impone la actividad laboral, a pesar de las pausas de lactancia previstas en la legislación. Esto, junto con la idiosincrasia del puesto que ocupa la mujer dentro del mercado laboral, contribuye al retraso del proceso de la maternidad por un lado, y a una elección del tipo de crianza mediatizada por la actividad laboral visible y productiva.

Finalmente, el ideal estético impuesto por la industria de la moda y la cosmética a través de los medios de comunicación de masas, es el de un cuerpo femenino delgado y poco desarrollado, de formas casi adolescentes. Este modelo de belleza se sitúa en el polo opuesto del cuerpo maternal, provocando en muchos casos el rechazo de las madres hacia su cuerpo y una cierta ansiedad por recuperar la figura previa al embarazo en el menor plazo posible.

Todos estos factores, que contribuyen al abandono generalizado de la lactancia materna y dificultan su recuperación, obviándose que la mayoría de las mujeres interrumpen la lactancia antes de lo recomendado, incluso antes de lo que ellas mismas desean.

Desde hace varias décadas, la Organización Mundial de la Salud viene liderando las iniciativas internacionales para la protección y promoción de la lactancia materna en todo el mundo. Entre estas iniciativas, destacan los esfuerzos dirigidos a homogeneizar y armonizar los indicadores y la metodología empleados en la recogida de datos sobre lactancia materna. En 1991, la OMS convocó una reunión del Grupo de trabajo de Alimentación Infantil con el objetivo principal de consensuar internacionalmente una metodología de recogida de datos y un conjunto de indicadores válidos que permitieran evaluar las prácticas de lactancia materna, así como cuantificar los avances alcanzados a partir de los programas de promoción que se pusieran en marcha.

El resultado de este trabajo se plasmó en el documento de recomendaciones titulado "Indicators for Assessing Breastfeeding Practices",<sup>30</sup> que se ha convertido en el referente internacional a la hora de analizar las prácticas de alimentación infantil. En 2001, este documento fue revisado con el objetivo de que reflejara la recomendación de la OMS de ampliar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.<sup>31</sup>

Los indicadores definidos por la OMS se basan en la información relativa a la alimentación del bebé en el día anterior a la fecha de realización de la encuesta y están referidos a unos grupos de edad determinados según las recomendaciones sobre alimentación infantil de la Organización, según la cual se debería mantener la Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis meses de edad.<sup>13,14</sup> A partir de este momento, todos los bebés deben recibir alimentos complementarios adecuados junto con leche materna.

Asimismo, se recomienda mantener la lactancia materna al menos hasta el año y preferiblemente hasta los dos años o hasta que madre e hijo así lo quieran. En función de estas recomendaciones, los indicadores definidos por la OMS para monitorizar la situación de la lactancia materna a nivel internacional son los siguientes:

Lactancia Materna Exclusiva (LME): se define como el porcentaje de recién nacidos que en el día anterior a la encuesta han recibido exclusivamente leche materna y ningún otro tipo de alimento líquido o sólido, con la excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos. Dado que la duración de la LME recomendada por la OMS se ha ampliado a los 6 meses de edad en 2001, en la actualidad el cálculo de este indicador se realiza sobre la base de los niños de 0 a 6 meses de edad (menores de 180 días).

Lactancia Materna Predominante (LMP): la fuente predominante de nutrición en el día anterior ha sido la leche materna. Sin embargo, el bebé puede haber tomado agua, líquidos basados en agua (suero glucosado, té, infusiones, etc.), zumos de frutas, vitaminas y medicinas en forma de gotas o jarabes. La referencia etaria de este indicador es la misma que en el indicador anterior; actualmente menores de 180 días.

Lactancia Materna Completa (LMC): corresponde a la suma de los niños alimentados con lactancia materna, ya sea de forma exclusiva o predominante, en el día anterior al momento de realización de la encuesta.

Lactancia Materna Parcial o Alimentación Complementaria: bajo este término se incluyen aquellos casos en los que el bebé recibe, además de leche materna, otro tipo de alimentos líquidos, sólidos o semi-sólidos, incluyendo cualquier otro tipo de leche que no sea la materna. El porcentaje de niños de entre 6 y 10 meses que presenta este tipo de alimentación constituye el indicador de Alimentación Complementaria Iniciada Oportunamente. A este tipo de lactancia se suelen referir algunos estudios con el término de lactancia mixta.

Lactancia Materna Continua: es el porcentaje de niños que continúan recibiendo leche materna a una edad determinada. La OMS establece los indicadores de LM Continua a un año, referida a los niños con edades comprendidas entre los 12 y 16 meses de edad, y la LM Continua a dos años, medida en niños de 20 a 24 meses.

Se habla de Lactancia Materna cuando el recién nacido ha recibido leche materna en el período de referencia, ya sea directamente o mediante biberón.

Asimismo, dado el gran impacto que la utilización del biberón produce sobre la lactancia materna como consecuencia del síndrome de confusión tetina-pezón, el documento incluye un indicador de Alimentación con biberón, definido como el porcentaje de niños menores de un año que han recibido cualquier tipo de alimentos mediante biberón, incluida la leche materna.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Heinig, M. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am.* 2002; (48):105-23.

2. Kramer, M; Kakuma, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). The Cochrane Library 2002; Issue 1. Oxford: Update Software
3. Gdalevich, M; Mimouni, D; Mimouni, M. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Am Acad Dermatol.* 2001; 45:520-7.
4. Gdalevich, M; Mimouni, D; Mimouni, M. Breastfeeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J Pediatr.* 2001; 139:261-6.
5. Hanson, L; Korotkova, M; Telemo, E. Breast-feeding, infant formulas and the immune system. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2003; 90(suppl 3):59-63.
6. Drane, D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeed Rev.* 1997; 5:7-15.
7. Convert, R; Barman, N; Comanico, R; et al. Prior enteral nutrition with human milk protects against intestinal perforation in infants who develop necrotizing enterocolitis. *Pediatr Res.* 1995; 37:305.
8. Bick, D. The benefits of breastfeeding for the infant. *Br J Midwif.* 1999; 7(5):312-9.
9. Cunningham, A; Jelliffe, D; Jelliffe, P. Breastfeeding and health in the 1980's. A global epidemiological review. *J Pediatr.* 1991; 118(5):659-66.
10. Drane, D; Logemann, J. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. *Pediatr Epidemiol.* 2000; 14:349-56.
11. Hanson, L. Human milk and host defense: immediate and long-term effects. *Acta Paediatr Suppl.* 1999; 88(430):42-6.
12. Lykke Mortensen, E; Fleischer Michaelsen, K; Sanders, S; Reinisch, J. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA.* 2002; 287:2365-71.
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Ginebra: OMS, 2001. Accesible en: [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CAH\\_01\\_24.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf)
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review. Ginebra: OMS, 2002. Versión electrónica accesible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CAH\\_01\\_23.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_23.pdf)
15. Freudenheim, J. Exposure to breast milk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology.* 1994; 5:324-31.

16. Labbock, M. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol.* 1999; 26(2):491-503.
17. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002; 20:187-95.
18. Aguayo Maldonado, J. Prácticas rutinarias en las salas de maternidad que favorecen la lactancia materna. En: Aguayo Maldonado J, (Ed.). *La lactancia materna.* Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001: 59-76.
19. Uvnas-Moberg, E. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatr.* 1996; 85(5):525-30.
20. Acheston, L. Family violence and breastfeeding. *Arch Fam Med.* 1995; 4:650-2.
21. Anderson, GC; Moore, E; Hepworth, J; Bergman, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003; Issue 2. Oxford.
22. Conde-Agudelo, A; Diaz-Rosello, J; Belizan, J. Kangaroo Mother Care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2003; Issue 2. Oxford.
23. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Lasarte Velillas J. Recomendaciones para la lactancia materna. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2003. Documento electrónico accesible en <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/lactmat.htm#documento>
24. Instituto de Información Sanitaria. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2001. 2001. Documento electrónico accesible en: [http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/encuesta/encuesta2001/avance\\_resultados.htm](http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/encuesta/encuesta2001/avance_resultados.htm)
25. Stuart-Macadam, P; Dettwyler, K. *Breastfeeding Biocultural Perspectives.* New York: Aldine De Gruyter; 1995.
26. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Promoting the initiation of breastfeeding. *Effective Health Care.* 2000; 6(2):1-12.
27. Paricio Talayero, J. Lactancia materna y hospitalización por infecciones en el primer año de vida [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
28. Lawrence, RA. *La lactancia materna en la medicina moderna.* En:

Lawrence R, Editor. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. Madrid: Mosby/Doyma; 1996: 1-35.

29. Apple, R. Mothers, physicians, and expert knowledge: the evolution of scientific motherhood. ACOG Clinical Review 1998; July/August:12-6.
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Documento electrónico accesible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf)
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infant and young child feeding. A tool for assessing national practices, policies and programmes. Ginebra: WHO, 2003. Documento electrónico accesible en [http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/icyf.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/icyf.pdf)

## **HIPÓTESIS**

La naturaleza de este estudio no se presta a una línea de intervención, porque el objetivo principal del mismo es la descripción y observación de un fenómeno concreto. No obstante, a modo de marco teórico o hipótesis conceptual, este estudio parte del convencimiento de que un cambio de visión en la cultura socio-laboral de la mujer puede influir en el sentimiento de este colectivo a la hora de decidir qué tipo de alimentación desea establecer en los primeros años de vida de su hijo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Describir la prevalencia de lactancia en el primer año de vida.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las diferentes modalidades de lactancia en este periodo.
- Conocer las diferentes causas de abandono de lactancia.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño:**

Se trata de un estudio de cohortes prospectivo al realizarse un seguimiento de las madres desde su elección de lactar tras el alumbramiento hasta su abandono o fin del estudio.

**Emplazamiento:**

El estudio se va a llevar a cabo en el Hospital Carlos Haya de Málaga, en el pabellón Matero-Infantil, adscrito como Hospital Regional Universitario de la Empresa Pública del Servicio Andaluz de Salud. El Hospital está insertado dentro de la red de servicios especializados de la provincia de Málaga ofreciendo una cobertura sanitaria a las comarcas de Antequera, Axarquía y Málaga capital, así como a otras comarcas y provincias según asistencia especializada concertada. Es un centro de tercer nivel que atiende a una población de 480.000 habitantes. Está integrado por cuatro hospitales y un centro de consultas de especialidades, distribuidos en diferentes puntos de Málaga capital y constituye el Hospital de referencia de la provincia para diversas especialidades.

**Sujetos de estudio:**

Recién nacidos, y sus madres, nacidos en el HRU Carlos Haya durante el periodo de estudio (Noviembre 2009/ Octubre 2010) y que durante su estancia han establecido lactancia materna como modo de nutrición de sus hijos en cualquier modalidad y continua en el momento del alta hospitalaria.

La población de estudio serán las madres ingresadas en la Unidad de puerperio, ubicada en las plantas 4ª, 5ª y 6ª del pabellón maternal del HRU Carlos Haya de Málaga.

## VARIABLES DE ESTUDIO:

Variable	Naturaleza	Valor
Edad de la madre.	Cuantitativa	Continua
Estado civil de la madre.	Cualitativa	Policotómica: soltera-casada-divorciada-viuda
Nivel de estudios de la madre.	Cualitativa	Policotómica: carece-básicos-medios-superiores.
Trabajo fuera de casa	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Tipo de vivienda	Cualitativa	Policotómica: propia-alquiler-vive con padres.
Apoyo familiar.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Paridad.	Cuantitativa	Discreta
Periodo de lactancia materna de los anteriores hijos.	Cuantitativa	Continua
Causas de abandono de lactancia en hijos anteriores.	Cualitativa	Policotómica: decisión propia, prescripción facultativa, exitus del hijo, presión social, ausencia de subida de leche
Semanas de gestación	Cuantitativa	Discreta
Tipo de anestesia.	Cualitativa	Policotómica: Epidural-general- no anestesia.
Tipo de parto actual.	Cualitativa	Policotómica: eutócico no instrumentalizado-eutócico instrumentalizado-cesárea.
Parto gemelar.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Sexo del RN	Cualitativa	Dicotómica: hombre-mujer
Peso del RN al nacer.	Cuantitativa	Continua
Ingreso del RN.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Puesta al pecho en la primera hora tras parto.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Separación madre-hijo la primera hora tras parto.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Información sobre lactancia durante el embarazo.	Cualitativa	Dicotómica: Si-No
Protagonista de la información	Cualitativa	Policotómica: Médico/a de cabecera-Ginecólogo u obstetra,- matrn/a o DUE- Familiares o amigos-Otros.
Modalidad de lactancia.	Cualitativa	Policotómica: Exclusiva, Mixta, Artificial
Tiempo de lactancia materna exclusiva.	Cuantitativa	Continua
Causas de abandono de lactancia materna exclusiva.	Cualitativa	Policotómica: decisión propia, prescripción facultativa, exitus del hijo, presión social, ausencia de subida de leche
Tiempo de lactancia materna mixta.	Cuantitativa	Continua
Causas de abandono de lactancia materna mixta.	Cualitativa	Policotómica: decisión propia, prescripción facultativa, exitus del hijo, presión social, ausencia de subida de leche

### **Recogida de datos**

Para la obtención de datos cuantitativos se utilizará, una encuesta única (Anexo I) que se realizará a todas las madres ingresadas en la plantas de puerperio, que estén lactando y hayan aceptado previamente colaborar en el estudio mediante consentimiento informado (Anexo II).

En cuanto a la metodología a emplear en la recogida de datos de lactancia materna, la OMS recomienda la encuesta a hogares con niños menores de dos años. Asimismo, con el objeto de evitar los sesgos de memoria que podrían producirse en la recogida de datos retrospectivos, se recomienda referir las preguntas al día anterior al que se efectúa la encuesta (el período de recuerdo de 24 horas es el que se emplea habitualmente en las encuestas de consumo de alimentos, el cual ha demostrado su eficacia para la obtención de este tipo de información). Se prefieren, por tanto, los datos de carácter transversal sobre los de carácter retrospectivo.

Por este hecho, la encuesta será realizada por uno de los investigadores del proyecto a las 24 horas del nacimiento. Posteriormente se realizarán llamadas telefónicas al domicilio del sujeto de estudio en las cuales se confirmará el tipo de lactancia que presenta en ese momento y las causas de modificación de ésta, si procede. Las llamadas telefónicas se llevarán a cabo a los 4, 6 y 12 meses del nacimiento del niño para realizar el seguimiento del tipo de lactancia que recibe.

En todo momento se mantendrá actitud aséptica durante la recogida de los datos en un intento de evitar sesgos, siendo para ello necesario un adiestramiento previo y control de los investigadores encargados de la recogida de datos. Dado que las encuestas se dirigen a madres y que el tema de la investigación es eminentemente femenino, se considera conveniente que las entrevistas sean realizadas por mujeres. De esta manera, se pretende evitar que se produzcan rechazos debidos al pudor o incomodidad de la persona encuestada.

### **Tamaño de la muestra:**

Mediante el programa Epidat 3.1 se ha calculado el tamaño muestral para estimación de una proporción poblacional con un nivel de confianza del 95% y una precisión de  $\pm 5\%$ , teniendo como referencia el estudio de prevalencia realizado en 1984<sup>32</sup> de 49%, 30% y 15% a los 4, 6 y 12 meses respectivamente. Se obtiene como muestra 1091 casos, teniendo en cuenta una pérdida del 20%. Dentro de la aleatoriedad de la muestra, y teniendo en cuenta que como mínimo el 20% de los partos son por cesárea, se estima una inclusión del 25% de la muestra de partos por cesárea y un 75% de partos eutócicos para que la muestra se adapte a la realidad de los partos de nuestro hospital y se enriquezcan las conclusiones del estudio.

### **Análisis de datos:**

El tratamiento estadístico de los datos se elaborará mediante una base de datos Microsoft Access para las variables definidas anteriormente y se analizarán con el programa informático SPSS 12.0 y Epidat 3.1.

La comprobación de la hipótesis del estudio, se realizará mediante el análisis de las variables:

1. Análisis descriptivo de las variables de estudio, para ello se utilizarán la distribución de frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas y las medidas de tendencia central (media, desviación estándar y rango) para las variables cuantitativas.

2. Comparación de variables en función de su tipo:

a. Variables cualitativas: Test de Chi cuadrado.

b. Variables cuantitativas: Test de t-Student y análisis de la varianza.

(Se utilizarán test no paramétricos en caso que las variables no sigan una distribución normal)

3. Análisis de la correlación entre ítems que se medirá mediante la r de Spearman por tratarse de variables ordinales.

En todos los casos se considerará un nivel de significación para una  $p < 0,05$ .

#### **Dificultades y limitaciones del estudio:**

El problema que podemos encontrarnos es la falta de colaboración de parte de las madres a investigar ya que comprometería la recogida de datos cuantitativos. Las posibilidades de generalizar los resultados también estarían sujetas a las características situacionales y personales de los entrevistados así como del contexto territorial, es decir, la cultura y realidad asistencial que se da en el emplazamiento que se ha elegido a estudio.

Otra dificultad encontrada es el contacto telefónico ya que puede ser que no contesten, por esa razón se ha calculado una muestra con una precisión del  $\pm 5\%$  y una pérdida del 20%.

#### **Aspectos éticos:**

Se respetará la libre participación de las madres en el estudio, informando de los objetivos de estudio y cuantas dudas se les presenten antes de firmar el consentimiento informado (Anexo II). La información obtenida se documentará de manera anónima y se empleará exclusivamente para los fines de la investigación.

## PLAN DE TRABAJO

<b>CRONOGRAMA PRIMER AÑO</b>	<b>MESES</b>											
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Presentación del proyecto a todos los miembros del grupo (investigadora principal).												
Redefinir las variables y encuesta (investigadora principal y colaboradores).												
Entrenamiento de los entrevistadores (investigadora principal con el asesoramiento de la responsable de investigación en enfermería del hospital).												
Pilotaje de la encuesta (investigadora principal y colaboradores)												
Análisis del pilotaje (investigadora principal y colaboradores con el asesoramiento de la responsable de investigación en enfermería del hospital).												
Explicación y puesta en común de recogida de datos en tabla de tareas a los profesionales que van a llevarla a cabo (investigadora principal, colaboradores).												
Diseño de base de datos(experto estadístico con la colaboración de la investigadora principal).												
Presentación del proyecto a los sujetos de estudio y solicitud de colaboración en él (colaboradores).												
Recogida de datos (colaboradores).												
Inclusión de datos (investigadora principal).												
<b>CRONOGRAMA SEGUNDO AÑO</b>	<b>MESES</b>											
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Recogida de datos (colaboradores).												
Inclusión de datos (investigadora principal).												
Análisis estadístico de los datos (experto estadístico con la colaboración de la investigadora principal).												
Elaboración del informe preliminar (investigadora principal)												
Difusión de los resultados, comunicaciones a congresos, preparación de manuscritos. (investigadora principal y colaboradores)												
Elaboración de la memoria del proyecto (investigadora principal)												

## EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR

Todos los miembros del grupo de investigación poseen una amplia experiencia asistencial y profunda formación en metodología enfermera, tanto la investigadora principal como los colaboradores, se han formado en metodología de investigación aplicada a los cuidados.

Las investigaciones realizadas por el equipo sobre lactancia y/o temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio han sido fruto de su quehacer laboral, fruto de la implantación de nuevos procesos y el análisis de los indicadores de evaluación propuestos, no solicitándose financiación para ninguno de ellos.

No obstante, por su situación laboral y puesto de trabajo, son conocedores de los temas relacionados con el proceso de embarazo, parto y puerperio en general y sobre la lactancia materna en particular.

A nivel de conocimientos en proyectos de investigación, el investigador principal participa actualmente en un proyecto financiado como investigador principal, siendo el 2009 el año de finalización y una colaboradora a participado como investigadora colaboradora en el proyecto de investigación de la calidad percibida por los usuarios internacionales sobre las ventanillas europeas de información sanitaria, el cuál presentará los resultados en breve.

## **RELEVANCIA DEL PROYECTO EN CUANTO A SU IMPACTO CLÍNICO, ASISTENCIAL Y / O DESARROLLO TECNOLÓGICO**

Como se indicó en el planteamiento de la hipótesis, el objetivo del estudio es la observación de la prevalencia de la lactancia y los factores que condicionan su abandono. Se trata de plasmar la realidad actual que poseen las madres dentro del ámbito social, en un determinado medio de asistencia sanitaria. No obstante, y a pesar de ser resultados obtenidos de la observación, el fundamento de este estudio y su utilidad práctica es la constatación de que un cambio de visión en la cultura socio-laboral de la mujer puede influir en el sentimiento de este colectivo a la hora de decidir qué tipo de alimentación desea establecer en los primeros años de vida de su hijo, contribuyendo a un cambio de mentalidades y una vuelta a las costumbres de información mujer a mujer en el ámbito de cuidados de sus hijos.

Con respecto a la calidad asistencial, esta modificación anteriormente relatada influye en una mayor calidad real de la educación sanitaria influida por las demandas de las madres y de calidad percibida por parte del usuario.

## **CONDICIONES OPERATIVAS**

### **Medios disponibles para la realización del proyecto:**

- Instalaciones de las Unidades del Hospital Carlos Haya de Málaga donde se desarrolle el estudio para la realización de las encuestas, y cumplimentación de las tablas.
- Instalaciones proporcionadas por el Hospital Carlos Haya, para las reuniones del equipo investigador y el uso de los siguientes recursos:
  - Conexión a Internet.
  - Consulta de bases de datos electrónicas.
- Servicio de Documentación Clínica y Biblioteca del Hospital Carlos Haya.
- Servicios de apoyo del responsable de Investigación en Enfermería.
- Servicios de apoyo de la Fundación IMABIS para el análisis estadístico.

## MEMORIA DE PRESUPUESTO

CONCEPTOS	AÑO 1	AÑO 2
<b>Equipamiento Inventariable:</b> 1 ORDENADOR PORTÁTIL 1 IMPRESORA.	2600 300	
<b>Material Fungible:</b> PAPELERÍA CARTUCHOS DE TINTA	100	200
<b>Material Bibliográfico:</b> - Libros - Revistas		
<b>Personal:</b>		
<b>Viajes y Dietas:</b> - Viajes y dietas para Congresos nacionales - Viajes y dietas para Congresos internacionales - Reuniones de grupo	300	500
<b>Formación y difusión de resultados:</b> - Inscripciones a congresos	300	900
<b>Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación:</b> SERVICIO DE TRADUCCIÓN		600
<b>Otros Gastos:</b> 2 TERMINALES DE TELÉFONO DE TARJETA	1000	
<b>TOTAL</b>	<b>4600</b>	<b>2200</b>

## ANEXO I



Hospital Regional Universitario  
**CARLOS HAYA**  
Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

### **CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.**

#### **PRIMERA ENTREVISTA. (a las 24 horas del parto)**

Buenos días/ tardes, mi nombre es... y pertenezco al HRU Carlos Haya. En la actualidad estamos realizando un estudio sobre alimentación infantil. ¿Le importaría respondernos a unas preguntas? Contestarlas no le llevará mas de 5 minutos y estará contribuyendo con ello a la mejora de la nutrición de nuestros niños. Los datos que nos facilite serán tratados de forma absolutamente confidencial y anónima.

Muchas gracias de antemano por su participación.

#### **INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN**

##### **1-. ¿Qué tipo de lactancia ha decidido ofrecer a su hijo?**

Lactancia materna exclusiva.....	1
Lactancia mixta.....	2
Lactancia artificial.....	3
NS.....	8
NC.....	9

***Si la respuesta es 3, 8 ó 9, realizar siguiente y rechazar entrevista anotando la incidencia.***

##### **2-. ¿Cuál es la causa de no lactar?**

Decisión propia.....	1
Prescripción facultativa.....	2
Éxito del hijo.....	3
Presión social.....	4
Ausencia súbita de leche.....	5
NS.....	8
NC.....	9

**Terminar encuesta agradeciendo su interés.**

## **DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE.**

**1- ¿Cuántos años cumplió Vd. en su último cumpleaños?:**\_\_\_\_\_ años.

**2- En la actualidad, ¿cuál es su Estado Civil?**

Soltera .....1  
Casada.....2  
Conviviendo en pareja .....3  
Divorciada / Separada .....4  
Viuda.....5  
NC .....9

**3- ¿Qué estudios tiene Vd.? (Los de más alto nivel que haya terminado)**

No sabe leer o escribir.....1  
Básicos .....2  
Medios .....3  
Superiores .....4  
NC.....9

**4- ¿Qué régimen de vivienda tiene?**

Propia.....1  
De alquiler.....2  
Vive con sus padres.....3  
NC.....9

**5- ¿Tiene apoyo familiar en su domicilio?**

Sí ..... 1  
No..... 2  
NS..... 8  
NC ..... 9

**6- ¿Cuántos hijos tiene con el actual?:**\_\_\_\_\_ hijos.

**7- ¿Cuánto tiempo estuvo dando de lactar a sus anteriores hijos?**\_\_\_\_\_meses.

**8.- ¿cuáles fueron las causas por las que dejó de lactar?**

Decisión propia.....	1
Prescripción facultativa.....	2
Éxitus del hijo.....	3
Presión social.....	4
Ausencia súbita de leche.....	5
NS.....	8
NC.....	9

**9.- Durante el embarazo de su último hijo/a, ¿recibió algún tipo de información sobre la lactancia materna?**

Sí .....	1
No .....	2
NS.....	8
NC.....	9

**10.- ¿De quién o quienes recibió información sobre la lactancia materna?**  
**Respuesta múltiple**

Del médico/a de cabecera.....	1
Del pediatra.....	2
Del ginecólogo u obstetra .....	3
Del matrn/a o ATS.....	4
De familiares o amigos.....	5
Otros especificar.....	7
NS.....	8
NC.....	9

**11.-.¿Le separaron de su hijo la primera hora tras el parto?**

Sí .....	1
No.....	2
NS.....	8
NC.....	9

**12.-.¿Le pusieron el bebé al pecho en la primera hora tras el parto?**

Sí .....	1
No.....	2

NS.....8

NC.....9

**13- ¿Ha recibido información acerca de la lactancia materna después del nacimiento de su hijo?**

Sí .....1

No .....2

NS.....8

NC.....9

**14- ¿Estaría de acuerdo en que nos pusiéramos en contacto vía telefónica con usted dentro de 4 meses para saber qué tipo de alimentación recibe su hijo?**

Sí .....1

No .....2

***Si la respuesta es NO, rechazar entrevista anotando la incidencia.***

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS RN . (Hª CLÍNICA).**

**1- Semanas de gestación:**\_\_\_\_\_

**2- Anestesia en el parto:**

Anestesia general ..... 1

Anestesia epidural.....2

Parto sin anestesia ..... 3

**3- Tipo de parto:**

Por vía vaginal SIN instrumental (forceps, ventosa, etc.)..... 1

Por vía vaginal CON instrumental (forceps, ventosa, etc.).....2

Por cesárea..... 3

**4- Parto gemelar:**

Sí .....1

No..... 2

**5- Sexo del bebé:**

Niño ..... 1

Niña..... 2

**6- Pesó del RN al nacer:**\_\_\_\_\_ gramos.

**Pesó del RN al nacer:**\_\_\_\_\_ gramos (gemelos)

**Pesó del RN al nacer:**\_\_\_\_\_ gramos (trillizos).

**7-. Ingreso del RN:**

Sí ..... 1

No..... 2

---



## **CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.**

### **ENTREVISTAS SUCESIVAS (a los 4, 6 y 12 meses)**

**1-. ¿Cuáles de los siguientes alimentos tomó su hijo/a en el día de ayer?**

**LEER UNO A UNO ASEGURÁNDOSE DE ANOTAR TODOS LOS ALIMENTOS O BEBIDAS INGERIDOS POR EL BEBÉ EN EL DÍA DE AYER**  
**Respuesta múltiple**

- Pecho (leche materna) .....1  
Otro tipo de leche (leches infantiles, leche de vaca, etc.).....2  
Agua y líquidos similares (suero, manzanilla, té, etc...).....3  
Otros líquidos (zumos de frutas, etc.) .....4  
Otros alimentos semisólidos o sólidos (papillas, purés, yogures etc.).....5

**[Si no contesta la primera, hacer la siguiente y terminar seguimiento agradeciendo su colaboración.](#)**

**2-. ¿Cuál es la causa de haber dejado la lactancia materna?**

- Decisión propia.....1  
Prescripción facultativa.....2  
Éxito del hijo.....3  
Presión social.....4  
Ausencia súbita de leche.....5  
NS.....8  
NC.....9

**3-. ¿Estaría de acuerdo en que nos pusiéramos en contacto de nuevo con usted dentro de (2 meses/ 3ª entrevista) (6 meses/ 4ª entrevista) para saber qué tipo de alimentación recibe su hijo?**

- Sí .....1  
No .....2

**[Si la respuesta es NO, rechazar entrevista anotando la incidencia.](#)**

## ANEXO II

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Hospital Regional Universitario  
**CARLOS HAYA**  
Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

#### Consentimiento informado

Título del estudio:

**ESTUDIO DE PREVALENCIA Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA  
LACTANCIA MATERNA EN BEBES NACIDOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA.**

Yo,.....

He recibido suficiente información sobre el estudio,

he podido hacer preguntas sobre el estudio,

he hablado con:

.....(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria,

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En Málaga a ..... de ..... de 200

Firma del participante