



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/372.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Suplementación de fórmula en el hospital en recién nacidos sanos. Factores de influencia y efectos sobre la duración de la lactancia materna exclusiva**

Autores Lorena Relancio Crespo

Centro/institución Escuela de Enfermería

Ciudad/país Teruel, España

Dirección e-mail Lorelancio@hotmail.es

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4-6 primeros meses de vida junto con la combinación de pecho y alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años de edad es considerada como el ideal de alimentación infantil^{1,2}. Tiene indudables beneficios para el recién nacido (RN)^{3,4}. La lactancia materna (LM) ha ido aumentando en la última década pero aún así nos encontramos con que la duración media está por debajo de lo deseable⁵. Esto es debido a factores como el caso de que el parto haya sido mediante cesárea, un nivel de estudios bajo de la madre, la edad materna inferior a 25 años o el uso de pezoneras^{6,7}. Hay casos en los que realmente está contraindicada (VIH, Leucemia, galactosemia del lactante, la toma de drogas de abuso por parte materna o el estar en tratamiento con componentes radiactivos). En otros casos no se da el pecho siendo que no existiría contraindicación (Hepatitis B o C, tuberculosis, implantes mamarios, etc)^{8,9}.

La OMS juntos con UNICEF desarrollaron los 10 pasos hacia una lactancia materna satisfactoria de los cuales, el sexto nos dice que no hay que suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que estén indicados médicamente. Se ha demostrado que el inicio temprano de suplementos influye en la LM pero hay pocos estudios que definan los factores que nos indiquen cuales son los motivos para darlos^{6,10}.

Los objetivos de este estudio son conocer los factores que influyen en la toma de estos suplementos en el hospital y su relación con la duración de LME.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo. La muestra fue de 85 pares (madre-hijo) pertenecientes al Centro de Salud Ensanche en Teruel. Se recogieron variables sobre la gestación y el parto, la lactancia y factores socio-demográficos de las madres. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y mediante encuestas telefónicas.

Se resumieron las variables categóricas mediante tablas de frecuencias y las numéricas mediante medias o medianas. Para establecer la asociación de cada una de éstas con la toma o no de suplemento se utilizó el test de la Chi cuadrado-Asociación lineal. Éstas se resumieron en presencia o ausencia del factor en relación con la LM. La asociación entre la variable seleccionada con la duración de la LME se realizó mediante el test de Anova. Los test se consideraron estadísticamente significativos cuando el correspondiente valor p fue inferior a 0,05.

Resultados

La experiencia previa de LM se asoció con una menor probabilidad de suplementación ($p < 0,05$, [OR = 0,354 , IC 95 % 0,140 , 0,895]). La nacionalidad materna, fecha de nacimiento de la madre, tipo de parto, hora de nacimiento o el peso de los bebés no mostraron diferencias significativas.

El 69,5% de los niños tomó suplementos de fórmula en el hospital. El haberlos tomado antes de las primeras 24 horas de vida se asoció con una disminución en la duración de LME.

Del 96,5% de las madres que dieron pecho, el 14,1% continuaron la LME hasta los 6 meses de vida. La media de la duración total de LM fue de 11,01 meses.

Discusión

Se ha realizado recientemente un estudio en Japón¹², en el que concluyeron que había varios factores que se asociaban a la toma de suplementos como podía ser un parto instrumental o por cesárea o un peso de los bebés superior o igual a 3250 gramos.

En cambio, una experiencia previa de LM o un nivel superior de estudios disminuían la toma de éstos. Es difícil comparar la ciudad de Teruel con una como Hong-Kong debido a las diferencias de población, (características socio-demográficas, número de habitantes, etc.) y las propias de la sanidad, los factores que allí pueden suponer un aumento en la toma de suplementos de fórmula aquí no muestran ninguna asociación.

El hecho de que el haber dado de amamantar con LM anteriormente disminuya la toma de suplementos en el hospital en los RN nos hace pensar que una educación sanitaria prenatal y en el período post-parto adecuada también lo disminuiría.

Observamos que las cifras de duración de LME están por debajo de lo recomendado^{1,2}, esto puede ser debido a que el momento de inicio de la alimentación complementaria coincide por parte de la mayoría de las madres con el inicio de la lactancia artificial, dejando la LM a un lado.

Sería importante que los profesionales de atención primaria, al recomendar el inicio de purés, zumos o cereales recordaran a los padres que lo ideal sería realizar las papillas con leche materna o con los caldos de las propias verduras^{13,14}.

El no tener un efecto dosis-respuesta entre la cantidad de fórmula infantil recibida en los primeros días de vida y la duración de la lactancia materna nos lleva a que no existe un umbral debajo de por el cual pueda considerarse segura su toma, por lo que un buen

control de las tomas de leche de fórmula en el hospital podría mejorar las tasas de duración de la LM evitando el destete precoz.

El contacto piel con piel, la evaluación de las primeras tomas por parte de los profesionales, una buena técnica de lactancia y la seguridad de una postura correcta al pecho encaminan el amamantamiento hacia una menor aparición de problemas y por lo tanto hacia un menor uso inadecuado de suplementos^{15,17,18}. No se debe dar ningún suplemento sin antes haber revisado la técnica (posición, agarre y transferencia de leche) y una vez observada se corregirán los aspectos que sean necesarios. También se deben observar el número de micciones, de deposiciones y de tomas^{15,16}.

Existen algunas limitaciones como puede ser el número de la muestra, que no recoge a todos los RN del año y por lo tanto los resultados se han podido ver modificados. Sería interesante estudiar la dosis mínima de suplementos a partir de los cuales se ve más afectada la lactancia. El haber recogido los datos directamente de las historias clínicas de las madres y de los lactantes reduce los sesgos de información. Aunque estemos ante un estudio retrospectivo, está demostrado que el recuerdo de las madres de las fechas de inicio y duración de LME hasta 3 años después son datos válidos y fiables, en cambio en las fechas de inicio de la introducción de alimentación/lactancia complementaria puede existir algún error¹⁹.

Conclusiones

Se ha observado que el tiempo de duración de LME está por debajo de los 6 meses deseables, siendo una de las causas que influyen en el abandono precoz de ésta la toma de suplementos de fórmula en el hospital antes de las primeras 24 horas de vida.

Deberían diseñarse estrategias de actuación basadas en las últimas recomendaciones y estándares internacionales con motivo de promover y proteger la LME y de reducir las tomas de suplementos en los hospitales, con el objetivo de conseguir lactancias maternas más prolongadas y con mayor éxito.

Bibliografía

1. OMS, UNICEF. DECLARACION DE INNOCENTI. Sobre la Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna, 1 de Agosto de 1990, Florencia, Italia.
2. AEPED. Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría. 2012, España.
3. Declaración oficial de la AAP. Amamantamiento y uso de leche humana. *Pediatrics* 2012;129(3):827-841.
4. Tarrant M, Kwok MK, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Breast-feeding and childhood hospitalizations for infections. *Epidemiology*. 2010;21(6):847-854.
5. Cuadrón Andrés L, et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc)*. 2013;79(5):312-318.

6. M^aD Estévez González a, D Martell Cebrián, R Medina Santana, E García Villanueva, P Saavedra Santana. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2002;56(2):144-50.
7. Rius JM, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80(1):6-15.
8. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(4):340-56.
9. FMC. Puerperio. *Form Med Contin Aten Prim*. 2011;18(2):35-9.
10. Breastfeeding self-efficacy of women using second-line strategies for healthy term infants in the first week postpartum: an Australian observational study. *International Breastfeeding Journal*. 2013, 8(1):18.
11. Biro MA, Sutherland GA, Yelland JS, Hardy P, Brown SJ. In-hospital formula supplementation of breastfed babies: a population-based survey. *Birth*. 2011;38(4):302-310.
12. Parry JE, et al. Predictors and Consequences of In-Hospital Formula Supplementation for Healthy Breastfeeding Newborns. *Journal of Human Lactation*. 2013;29(4):527-536.
13. European Commission. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. 2006.
14. Galiano MJ, Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. *An Pediatr Contin*. 2011;9(1):41-47.
15. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. Monografías de la A.E.P. Nº 5. 2004, Madrid.
16. IHAN. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. 2011.
17. ABM Protocolo Clínico 3: Guía Hospitalaria para el Uso de Alimentación Suplementaria en neonatos sanos a término, Alimentados al Seno Materno, Revisado 2009.
18. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2005(2):496-506.
19. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. *Nutr Rev*. 2005;63(4):103-110.