



Lactancia materna en la Maternidad del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme (Sevilla). Análisis de situación y áreas de mejora

Irene López Barea, Javier Casanovas Lax

Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme. Ctra. Cádiz-Bellavista, km. 548,9. C.P. 41014. Sevilla

Dir. Corresp.: Irene López Barea. E-mail: irn811@gmail.com

Recibido 4-12-2016 Aceptado: 5-1-2017

Vox Paediatrica 2017; XXIV (II): páginas 30-37

Resumen: **Antecedentes:** Actualmente, la lactancia materna se considera una cuestión de interés en salud pública. El HUNSV se encuentra inmerso en la segunda fase del proceso de acreditación como hospital IHAN, iniciativa lanzada por la OMS y UNICEF para promocionar la lactancia materna, especialmente en los servicios de Maternidad.

Objetivos: Conocer el número de recién nacidos sanos y a término que reciben lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta el alta; conocer las prácticas hospitalarias en relación con la lactancia que se ofrecen a los recién nacidos y a sus madres en la Maternidad hospitalaria; conocer la formación en lactancia de los profesionales que atienden la Maternidad. En todo ello, buscar áreas de mejora.

Material y métodos: La investigación se desarrolló en base a los documentos publicados por la IHAN en 2015-2016 como parte del proceso de acreditación de hospitales. La obtención de los datos se realizó a través de encuestas a madres y profesionales, que se valoraron según las indicaciones de la IHAN.

Resultados: Se halló una tasa de lactancia materna exclusiva del 45% y una tasa de suplementación del 53%. No se objetivó ningún caso de suplementación clínicamente justificable. Tanto en las prácticas hospitalarias como en la formación del personal detectamos carencias susceptibles de mejora.

Conclusiones: La formación del personal sanitario debe ser una cuestión prioritaria. La adopción de ciertas prácticas (como la valoración de una toma al pecho o el registro sistemático de suplementos) ayudarían a mejorar nuestras tasas de lactancia, aún lejos de los requisitos IHAN.

Palabras clave: Lactancia Materna, Recien Nacido, Maternidades, Humanizacion de la Atención, Acreditacion de Hospitales IHAN

Breastfeeding at the Maternity of the University Hospital Ntra. Sra. De Valme (Seville). Analysis of situation and areas of improvement.

Abstract: **Background:** Breastfeeding is now considered a matter of public health concern. HUNSV is involved in the second phase of the accreditation process as an IHAN hospital, an initiative launched by WHO and UNICEF to promote breastfeeding, especially in Maternity services.

Objectives: To know the number of healthy and full-term infants who receive exclusive breastfeeding from birth to discharge; To know the hospital practices related to breastfeeding offered to newborns and their mothers in hospital maternity; To know the training in breastfeeding of the professionals who attend Maternity. In all this, to look for areas for improvement.

Results: An exclusive breastfeeding rate of 45% and a supplementation rate of 53% were found.

No case of clinically justifiable supplementation was observed. Both in the hospital practices and in the training of the personnel we detected deficiencies susceptible of improvement.

Conclusions: Training of health workers should be a priority issue. The adoption of certain practices (such as breastfeeding assessment or systematic supplementation record) would help to improve our breastfeeding rates, still far from the IHAN requirements.

Keywords: Breast Feeding, Newborn Infant, Hospital Nurseries, Humanization of Assistance, BFHI Hospital Accreditation

Introducción

El amamantamiento y la leche materna son los patrones de referencia para la alimentación y nutrición del lactante. Sus ventajas médicas, nutricionales y de neurodesarrollo tanto a corto como a largo plazo⁽¹⁻³⁾ hacen de la lactancia materna (LM) no sólo una decisión personal, sino una cuestión de salud pública⁽⁴⁾.

Sin embargo, desde hace décadas asistimos a una disminución importante de la prevalencia de la LM en favor de la alimentación con sucedáneos de la LM. Estos sucedáneos se usan no solo de forma aislada, sino también como suplementos de la LM, práctica habitual ya desde los primeros días de vida^(4,5) sin que exista en la mayoría de los casos una razón que clínicamente lo justifique pues las indicaciones para la administración de suplementos son escasas^(5,6).

La toma de suplementos no es una práctica inocua, ya que afecta negativamente a la duración de la LM^(5,7,8) y por otra parte, la exposición precoz, aislada y en pequeña cantidad a las proteínas de leche de vaca presentes en la fórmula artificial, podría conducir a la sensibilización y al posterior desarrollo de alergia a estas proteínas (APLV)⁽⁹⁾.

La situación actual de la LM, bastante lejos de las recomendaciones oficiales, ha propiciado la realización de grandes esfuerzos tanto para demostrar sus beneficios como para diseñar y desarrollar estrategias para su promoción. La OMS y UNICEF lanzaron en 1992 la actual Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)⁽¹⁰⁾, con el objetivo de animar a los servicios de salud y especialmente a las salas de maternidad a adoptar prácticas que favorezcan la Lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento.

Ser galardonado como hospital IHAN requiere cumplir cinco puntos:

1. Adoptar los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural, prácticas avaladas por la evidencia científica para mejorar las tasas de lactancia^(11,12).
 2. Cumplir el Código de Comercialización de Sucesdaneos de la Leche Materna⁽¹³⁾.
 3. Que al menos el 75% de los RN reciban LME desde el nacimiento hasta el alta.
 4. Atender adecuadamente a las madres que deciden no amamantar.
 5. Ofrecer una asistencia humanizada al parto.
- Para ello, la IHAN propone un programa de acredi-

tación estructurado en cuatro fases. Únicamente 17 hospitales españoles están acreditados como centros IHAN. El Hospital Universitario NS de Valme (Sevilla) se encuentra actualmente en la segunda fase de este proceso, que requiere analizar las prácticas que se llevan a cabo, detectar áreas de mejora y desarrollar un plan de acción consecuente.

Objetivos:

1) Objetivo 1. Conocer el número de RN a término sanos nacidos en nuestro hospital que durante toda su estancia en Maternidad toman LME. Detectar áreas de mejora. Objetivos secundarios:

- Conocer el número de aquellos que toman algún suplemento y si existe una razón clínica aceptable o una decisión informada materna para su administración.

- Conocer el número de aquellos que toman exclusivamente fórmula artificial y si en estos casos existe contraindicación para la LM.

2) Objetivo 2. Conocer las prácticas hospitalarias que se ofrecen a las madres y a sus hijos durante el parto y el ingreso en Maternidad. Detectar áreas de mejora.

3) Objetivo 3. Conocer la formación sobre lactancia materna de los profesionales sanitarios que atienden la Maternidad y detectar áreas de mejora.

Material y métodos:

Esta investigación está basada en los documentos publicados por la IHAN en los años 2015 y 2016 como parte del proceso de acreditación de hospitales⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Todos los datos se recogieron y analizaron en Microsoft Office Excel 2007, según las orientaciones de la IHAN en cada caso.

Objetivo 1. En base al documento para la elaboración de Estadísticas de lactancia (IHAN, 2016)⁽¹⁴⁾, se creó una encuesta que recogía fecha y hora de nacimiento, tipo de parto (vaginal o cesárea), peso al nacer y al alta, edad gestacional, edad materna, paridad y periodo de lactancia de mayor duración, alimentación del RN en Maternidad (LME, con suplementos o lactancia artificial, según las definiciones de la IHAN), contraindicaciones para la LM y características del uso de suplementos (tipo y forma de administración; momento del día y horas de vida del RN cuando recibió el primero; frecuencia con que se recurrió a él, y razón por la que se administró por primera vez).

La población diana comprendía a los RN sanos y a término (>37 semanas) nacidos en el Hospital de Valme, no ingresados en Neonatología. Con un volumen

de 3000 partos/año, de los cuales 2500 RN ingresan en Maternidad, para una tasa de lactancia materna esperada del 85%, con un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 7%, se calculó un tamaño muestral de 89 RN. Para su selección, que duró 3 meses, cada día de recogida se escogían las altas correspondientes a los números de habitación más bajos. Las encuestas se pasaron verbalmente a las madres una vez que su alta y la del RN habían sido confirmadas. En caso de parto gemelar se recogían los datos relativos solo al mayor de los RN.

Para determinar si existía alguna razón clínica que justificase la toma de suplementos, se recurrió a la información aportada por la propia madre, a los datos de la historia clínica del RN (evolución del peso, glucemia, bilirrubinemia y hojas de enfermería y pediatría) y a los protocolos de la ABM (Academy of Breastfeeding Medicine) y de la OMS sobre el mismo tema^(5,6,17).

Para considerar la suplementación como decisión informada, según propone la IHAN, se requería que hubiera sido precedida de 1) una valoración de la toma y de 2) información sobre la fisiología de la lactancia y 3) las consecuencias de la suplementación.

Objetivo 2. Del documento para la Monitorización de prácticas hospitalarias de atención al parto y la lactancia (IHAN, 2015)⁽¹⁵⁾ se extrajeron dos encuestas: para madres que amamantaban (anexo 3 del citado documento) y para aquellas que no (anexo 4). Se añadieron algunas preguntas sobre el tipo de parto y se adaptó la redacción de algunas otras para facilitar su comprensión.

La población diana fueron las madres de Maternidad con RN sano a término. Entregamos un total de 52 encuestas, en un periodo de dos meses y medio, a mujeres distintas a las del objetivo anterior, seleccionadas de forma similar. Las encuestas eran rellenadas por las propias madres antes de hacer efectiva el alta.

Objetivo 3. En el documento para la Monitorización de la formación en atención a la lactancia mediante encuestas a profesionales (IHAN, 2015)⁽¹⁶⁾, se propone una entrevista de 25 preguntas abiertas sobre conocimientos en LM. Se decidió pasar la entrevista por escrito, insistiendo en su anonimato y en la importancia de completarla sin consultar ninguna información. Nuestra población diana fue el personal sanitario, con más de 6 meses en el servicio, que en su actividad habitual o por necesidades formativas está en contacto con la pareja madre-RN en Maternidad, incluyendo un total de 60 profesionales entre auxiliares de enfermería (16), enfermeras (24), pediatras (12) y residentes de Pediatría (8).

Resultados:

Objetivo 1. El tiempo de ingreso de los RN osciló entre las 28 horas y los 5 días. En torno a la mitad recibió

algún suplemento durante el ingreso (tabla I), siendo la tasa de suplementación, según la define la IHAN, del 53% (tabla II). No se detectó ningún caso de contraindicación para la LM.

El recurso a suplementos fue notablemente mayor en los partos por cesárea (89% cesárea; 29% vaginal). Con una diferencia menos evidente, la paridad y la experiencia previa de LM parecen influir también en esta práctica (tabla III). Todos los suplementos administrados consistieron en fórmula artificial, mediante biberón, sin detectarse la toma de otros líquidos. No se objetivó ningún

Tabla I. Tipo de alimentación de los RN durante su estancia en Maternidad.

Tipo de alimentación	Número de RN	Proporción de RN
LME	40	45%
LM + suplemento(s)	45	51%
LA	4	4%

LME: Lactancia materna exclusiva. LA: Lactancia artificial.

Tabla II. Indicadores de lactancia según la IHAN⁽¹⁴⁾.

Tasa de LM (cualquiera)	96%
Tasa de LME	45%
Tasa de suplementación	53%
Por razón clínica aceptable	0%
Por decisión informada de los padres	5%
Por otros motivos	48%
Tasa de alimentación (cualquiera) con biberón	53%

LME: Lactancia materna exclusiva.

Tabla III. Tasa de LM suplementada según tipo de parto, paridad y LM previa.

	Total	Suplemento
Vaginal	70	39% (28)
Cesárea	19	89% (17)
Primíparas	31	58% (18)
Múltiparas	58	47% (27)
Múltiparas con LM previa	45	42% (19)
Múltiparas sin LM previa	13	62% (8)

LM: Lactancia materna.

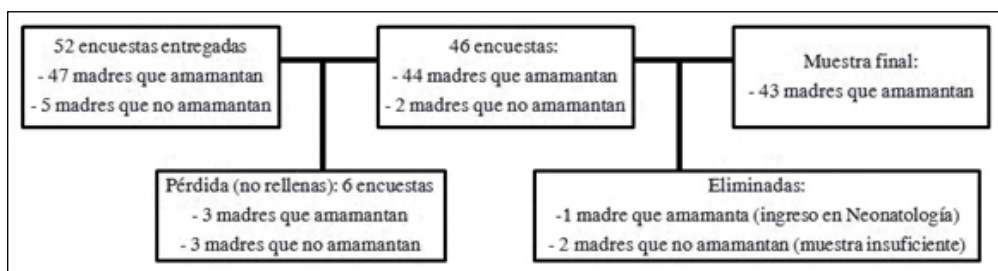


Figura 1.
Evaluación de las prácticas hospitalarias para la atención a la lactancia.

Tabla IV. Resultados encuestas sobre prácticas hospitalarias a madres que amamantan.

Pregunta	Encuestas válidas	Respuesta correcta o esperada
1. Información adecuada en embarazo	37	9 (24%)
2. CPP adecuado e inmediato	43	37 (86%)
3. CPP ≥ 1 h o al menos hasta 1ª toma	33	24 (73%)
4. Ofrecido ayuda en planta en las primeras 6h	34	15 (38%)
5. Se le ha enseñado a colocar el niño al pecho	37	18 (42%)
6. Describe posición y enganche correctos	39	5 (29%)
7. Información para reconocer lactancia eficaz	43	17 (47%)
8. Se le ha enseñado la extracción manual	17	10 (24%)
9. Se le ha aconsejado que amamante a demanda	36	25 (64%)
9a. Se le ha enseñado a reconocer signos de hambre	41	8 (20%)
10. El bebé no ha recibido suplementos	39	30 (70%)
11. Los suplementos se han dado, en todos los casos, por razón clínica aceptable o decisión informada	41	1 (8%)
12a. Madre e hijo han permanecido juntos 24h	43	9 (23%)
12b. Madre e hijo han sido separados <30 min/día por baño, análisis...	13	40 (100%)
13a. Se desaconsejó el uso de chupetes y/o tetinas	40	11 (31%)
13b. Se evitó el uso de chupetes y tetinas	40	14 (34%)
14. Información para contactar con profesionales sanitarios y con grupos de apoyo	36	0 (0%)

CPP: Contacto piel con piel.

Tabla V. Encuestas a profesionales. Tasa de respuesta y representación en la muestra final por categoría profesional.

Categoría profesional	Número Incluido	Nº de respuestas	Tasa de respuesta	Representación en la muestra final
Auxiliar enfermería	16	9	56%	27%
Enfermeros/as	24	12	50%	36%
Pediatras	12	5	42%	15%
MIR Pediatría	8	5	63%	15%
No especificada	-	2	-	6%

caso de suplementación por razón clínica aceptable.

El 71% de los RN suplementados recibieron su primer suplemento durante la noche/madrugada (entre las 21h y las 7h). En el 38%⁽¹⁷⁾ de los casos, se recurrió al suplemento en una sola ocasión. La razón más frecuentemente aducida por las madres para iniciar la suplementación fue sentir que el niño permanecía hambriento o con llanto intenso (71,1%; 32 casos), acompañada a menudo de la sensación de no tener leche suficiente para satisfacerlo (53,3%; 24).

Objetivo 2. De las 52 encuestas entregadas, se analizaron 43, correspondientes todas a madres que amamantaban (figura 1). Para el análisis de los datos se eliminaron las respuestas en blanco y los casos en que la práctica en cuestión no se realizó debido a la situación clínica materna o del RN.

Los mejores resultados (tabla IV) se obtuvieron en la realización del contacto piel con piel precoz (en el 100% de los partos vaginales y en ningún caso en cesáreas), en la evitación de suplementos (70%; 30 casos) y en la recomendación de la lactancia a demanda (64%; 25). En contraste, la información que recibieron las madres de forma prenatal fue en muchos casos deficiente (28; 76%); en la planta, solo a 15 de ellas (38%) se les ofreció ayuda con la lactancia sin que tuvieran que pedirla; solo a 8 (20%) madres se les enseñó a reconocer signos de hambre, y la técnica de extracción manual se enseñó apenas a una de cada cuatro (24%; 10). En todos los casos, madre y RN permanecieron en la misma habitación. Aunque ninguna recibió información verbal sobre los Grupos de Apoyo a la lactancia, se trata de una información que se incluye en todos los casos en el informe de alta.

Objetivo 3. La tasa global de respuesta fue del 55% (33 encuestas) (tabla V). En general, los mejores resultados se obtuvieron en las primeras 16 preguntas y en el grupo de los pediatras (tabla VI).

La mayoría de los profesionales reconocía la importancia de la información prenatal sobre LM (73%; 24 profesionales). Muchos también indicaban que debería amamantarse a demanda (76%; 25), ya que esta “pauta” de lactancia se adapta a las necesidades del RN (67%; 22). En un porcentaje alto (73%; 24) conocían el síndrome de confusión tetina-peazón durante las primeras semanas de vida.

Otros resultados fueron bastante deficientes, sobre todo en cuanto a las consecuencias de los suplementos (conocidas por el 9%; (3) y sus indicaciones 12%; (4), así como en relación con la importancia de la extracción manual 3%; (1) y el conocimiento de su técnica al menos en sus puntos básicos 9%; (3). Se detectaron áreas de mejora tanto en las cuestiones más teóricas (solo el 21%; (7) conocía las recomendaciones de la OMS en cuanto a duración de la LM y el 12% (4), el Código de Comercialización), como en las más “prácticas” el 24%; (8) conocía la posición de crianza biológica y solo el 15% (5) tres posiciones distintas para la lactancia.

Discusión:

Previo a este estudio, contábamos con unas tasas aproximadas de LME del 60%, lactancia mixta del 30% y artificial del 10%. En nuestra muestra (89 RN) destaca una tasa de LME del 45% y un alto porcentaje de

Tabla VI. Resultados de las encuestas a profesionales, en conjunto y por categoría profesional.

Conoce / Es capaz de ...	Total profesionales	Auxiliares Clínica	Enfermeras	Pediatras	MIR
Importancia información prenatal LM	73% (24)	89% (8)	58% (7)	80% (4)	80% (4)
Momento propicio inicio información LM	88% (29)	78% (7)	92% (11)	100% (5)	100% (5)
Enumerar 4 beneficios LM	61% (20)	44% (4)	58% (7)	80% (4)	80% (4)
Recomendaciones de la OMS	21% (7)	22% (2)	17% (2)	0% (0)	40% (2)
Al menos 5/10 pasos IHAN	55% (18)	56% (5)	67% (8)	100% (5)	0% (0)
Código de comercialización	12% (4)	0% (0)	8% (1)	40% (2)	20% (1)
Beneficios CPP y cómo realizarlo	18% (6)	0% (0)	0% (0)	80% (4)	40% (2)
Importancia alojamiento conjunto	30% (10)	22% (2)	0% (0)	80% (4)	60% (3)
Importancia de correcta posición y agarre	39% (13)	11% (1)	50% (6)	80% (4)	40% (2)
Al menos 2 signos precoces hambre	48% (16)	11% (1)	58% (17)	80% (4)	40% (2)
Importancia de LM a demanda	6% (2)	0% (0)	8% (1)	20% (1)	0% (2)
Importancia de evitar uso tetinas	73% (24)	56% (5)	92% (11)	100% (5)	20% (1)
Al menos 2 signos transferencia efectiva de leche	52% (17)	33% (3)	33% (4)	100% (5)	80% (4)
Posición de crianza biológica para un correcto agarre	24% (8)	22% (2)	17% (2)	40% (2)	40% (2)
Describir la posición y el agarre al pecho	52% (17)	44% (4)	42% (5)	100% (5)	40% (2)
Correcta frecuencia y duración tomas	76% (25)	56% (5)	83% (10)	100% (5)	100% (5)
Importancia de enseñar extracción manual	3% (1)	0% (0)	8% (1)	0% (0)	0% (0)
Indicaciones de sacaleches	18% (6)	33% (3)	8% (1)	40% (2)	0% (0)
Indicaciones de suplementación	12% (4)	33% (3)	8% (1)	20% (1)	20% (1)
Consecuencias de suplementos	9% (3)	0% (0)	8% (1)	20% (1)	20% (1)
3 métodos de suplementación sin tetinas	42% (14)	56% (5)	50% (6)	20% (1)	0% (0)

CPP: contacto piel con piel

recurso a suplementos (51%), lo que probablemente se debe a un registro concienzudo de los suplementos administrados, incluso de forma única o en poca cantidad. La baja tasa de suplementación (30%) obtenida de las encuestas de nuestro segundo objetivo (43 madres) se debería, además de a una muestra menos representativa, a la tendencia de las madres a obviar los suplementos administrados puntualmente.

Con los datos disponibles no pudimos objetivar ningún caso en que el inicio de la suplementación estuviera clínicamente justificado. Los profesionales desconocen las indicaciones de suplementación (88%). Una forma de facilitar estudios posteriores y un primer paso para tomar conciencia sería iniciar un registro sistemático de la toma de suplementos (qué, cuándo, cuánto, cómo y por qué).

La interpretación del llanto como signo de un bebé hambriento (71,1%) junto a la sensación de no tener leche suficiente para satisfacerlo (53,3%) fueron las razones más frecuentes para la toma de suplementos, lo que coincide con los resultados de otros estudios^(7,18,19). La sensación de hipogalactia es una queja habitual que en muchos casos no responde a una realidad objetiva^(5,20). En Maternidad esta sensación suele preceder a la lactogénesis II, lo que sugiere que se trata más bien de un desconocimiento de la fisiología de la lactancia: las madres dudan de que el calostro sea suficiente o adecuado para saciar al niño^(5,20). Proporcionar una información adecuada y llevar a cabo una valoración formal de una toma al pecho, para lo que existen herramientas sencillas y de fácil acceso, ayudaría a solucionar parte de las incomprensiones y dificultades que llevan a la madre a pedir un biberón.

Antes de recurrir a la fórmula artificial, debería considerarse la propia leche materna extraída, preferentemente de forma manual. En los primeros días de vida este tipo de extracción obtiene mayores volúmenes que la mecánica e incrementa la producción de leche⁽⁵⁾. Sin embargo, según los criterios de la IHAN, apenas el 9% de los profesionales encuestados conocía los puntos básicos de esta técnica, que se enseñó al 24% (10) de las madres. La extracción manual también es útil para optimizar la producción de leche cuando el RN recibe suplementos de fórmula artificial de forma transitoria⁽⁶⁾. El reconocimiento de las situaciones que requieren extracción manual o mecánica y el acceso, en su caso, a un sacaleches en la propia planta disminuirían el recurso a suplementos innecesarios.

Gran porcentaje de suplementos se administra de forma única (38%), lo que se relaciona con un mayor riesgo de APLV, aunque la gran mayoría de los profesionales (91%) lo desconoce. Reducir estos suplementos “únicos” mejoraría notablemente nuestras tasas de LME.

La suplementación se inicia fundamentalmente (71%) por la noche. En ningún caso el personal debería dejar un biberón en la habitación al inicio de la noche “por si lo necesita”, práctica que refirieron algunas madres.

Aunque nuestros datos no han sido analizados estadísticamente, otros estudios^(8,18) confirman que las mujeres sometidas a cesárea, las primíparas y las múltiparas sin experiencia previa de LM son más vulnerables al recurso a suplementos. Una buena práctica sería preguntar a las madres por su experiencia e identificar problemas previos que puedan condicionar la expe-

riencia actual (un fracaso anterior no debería implicar un nuevo fracaso).

La mayoría de los profesionales (73%) reconocen la importancia de la información prenatal sobre LM. Sin embargo, en nuestra muestra solo una de cada cuatro madres (24%) había recibido información adecuada durante el embarazo, lo que probablemente disminuye la eficacia de las prácticas hospitalarias. La atención primaria y la hospitalaria deberían coordinarse en el esfuerzo de promoción de la lactancia.

Al 38% de las madres se les ofreció ayuda con la LM en la planta de Maternidad en las primeras 6 horas tras el parto. Esta propuesta de ayuda debería ser sistemática, pues la lactancia supone para las madres un aprendizaje que debemos atender. Para ello necesitamos profesionales formados, capaces de atender adecuadamente las distintas situaciones que se plantean en Maternidad.

Al 64% de las madres se les recomendó amamantar a su hijo cada vez que pareciera tener hambre y hasta que él mismo soltara el pecho. Junto a la recomendación explícita de una lactancia a demanda, se debería informar sobre los signos de hambre en el RN (esto se hizo en un 20%). Entre los mismos profesionales, la mitad (48%) es capaz de indicar al menos dos signos precoces de hambre, pero muy pocos (15%) precisan que no se debe esperar a que el niño llore para ofrecerle el pecho.

No se obtuvo colaboración suficiente de las madres que no amamantan para valorar la atención que reciben, quizás por sentirse culpabilizadas. Al preguntarles por la información que darían a una madre que ha decidido alimentar a su hijo con fórmula artificial, la mayoría de profesionales indican que le volverían a informar sobre los beneficios de la LM. Sólo el 45% dicen que le darían alguna información sobre la preparación y administración correcta de la fórmula. Aunque según el caso se podría invitar a reconsiderar la LM, la madre que no amamanta debe recibir una atención óptima y acorde a su situación.

Una de las principales limitaciones de este estudio se encuentra en las encuestas a profesionales, que resultaron ser largas, trabajosas, con escasa aceptación, difíciles de valorar y no eliminaban la posibilidad de consulta. Para futuras evaluaciones recomendamos el uso de un cuestionario validado y mucho más sencillo, publicado por la Asociación Española de Pediatría en el año 2015⁽²¹⁾. En cualquier caso, es necesaria una formación más profunda. No tiene sentido intentar mejorar nuestras tasas de lactancia sin un personal formado.

Es importante considerar que la promoción y la protección de la LM requieren dedicación y tiempo. El número de profesionales asignados a las plantas de Maternidad en muchas ocasiones es insuficiente para atender adecuadamente a los recién nacidos desde el

punto de vista asistencial, docente e investigador, lo cual en parte, viene derivado del hecho de que desde el punto de vista administrativo los RN de Maternidad se consideran “no contabilizables” y por tanto sin peso sanitario real en los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Conclusiones

1. Se halló una tasa de LME del 45% y una tasa de suplementación del 53%. Hasta la tasa de LME exigida por la IHAN (75%) existe un amplio margen de mejora.

2. No se pudo identificar ningún caso de suplementación clínicamente justificable. Para facilitar futuros estudios y tomar conciencia, proponemos iniciar un registro sistemático de las tomas de suplementos (qué, cuánto, cómo y por qué).

3. En el 5% de los casos la suplementación fue una decisión informada. La correcta información y la valoración de la toma al pecho podría evitar suplementos innecesarios.

4. Al 24% de las madres se les enseñó a extraerse leche manualmente. Antes de recurrir a la fórmula artificial se debe valorar la extracción de la propia leche.

5. La atención a la madre que decide no amamantar debe ser adecuada a su situación.

6. Las encuestas a profesionales junto al resto de resultados evidencian la necesidad de una formación más profunda, que debe ser prioritaria en nuestro plan de acción.

7. Los RN de Maternidad deberían ser considerados desde el punto de vista administrativo como “contabilizables” a todos los efectos, incluido su registro en el Conjunto Mínimo de Datos.

Bibliografía

1. Special Issue: Impact of Breastfeeding on Maternal and Child Health. *Acta Paediatr.* 2015; 104 Supl 467.

2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387 (10017): 475-90.

3. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerbhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016; 387 (10017): 491-504.

4. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano Á, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz P. La lactancia materna en Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2005 [citado 21 Mar 2017]. Disponible en: <http://www.iesa.csic.es/publicaciones/010920110.pdf>

5. Kellams A, Harrel C, Omege S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate. *Breastfeed Med* [serie en Internet]. 2017 Mar [citado 29 Abr 2017]; 12

(3). Disponible en: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/Protocol%203%20Supplementation%20English%20Version.pdf>

6. OMS, UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [citado 23 Mar 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/es/

7. Chantry CJ, Dewey KG, Pearson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr.* 2014; 164 (6): 1339-45.e5.

8. Parry JE, Ip DKM, Chau PYK, Wu KM, Tarrant M. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact.* 2013 Nov; 29 (4): 527-36.

9. Saarinen KM, Juntunen-Backman K, Järvenpää AL, Kuitunen P, Lope L, Renlund M, et al. Supplementary feeding in maternity hospitals and the risk of cow's milk allergy: A prospective study of 6209 infants. *J Allergy Clin Immunol.* 1999; 104 (2 Pt 1): 457-61.

10. iHan. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: UNICEF España; [actualizada 26 Abr 2017; citada 2 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.ihan.es/>

11. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016; 12 (3): 402-17.

12. OMS. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural [Internet]. Ginebra: OMS; 1998 [citado 2 Abr 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_CHD_98.9/es/

13. IBFAN-ICDC. Código Internacional de Sucédáneos de la Lactancia Materna y resoluciones relevantes [Internet]. Penang: IBFAN; 2005 [citado 2 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>

14. UNICEF, OMS, IHAN España. Cómo obtener estadísticas de lactancia en la Maternidad [Internet]. Madrid: IHAN España; 2016 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: <https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00%20Estadisticas%20de%20lactancia.pdf>

15. UNICEF, OMS, IHAN España. Monitorización de las prácticas hospitalarias de atención al parto y la lactancia mediante encuestas a madres y embarazadas [Internet]. Madrid: IHAN España; 2015 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Monitorizacion_practicas_hospitalarias.doc

16. UNICEF, OMS, IHAN España. Monitorización de la formación en atención a la lactancia mediante en-

cuestas a profesionales [Internet]. Madrid: IHAN España; 2015 [citado 7 Abr 2017]. Disponible en: https://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/00.Monitorizacion_profesionales.doc

17. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates. *Breastfeed Med* [serie en Internet]. 2014 May [citado 7 Abr 2017]; 9 (4): 173-9. Disponible en: <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/HypoglycemiaEnglish922.pdf>

18. Boban M, Zakarija-Grkovi I. In-hospital formula supplementation of healthy newborns: practices, rea-

sons, and their medical justification. *Breastfeed Med*. 2016; 11 (9): 448-54.

19. Pierro J, Abulaimoun B, Roth P, Blau J. Factors associated with supplemental formula feeding of breastfeeding infants during postpartum hospital stay. *Breastfeed Med*. 2016; 11 (4): 196-202.

20. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41 (1): 114-21.

21. Gómez Fernández-Vegue M, Menéndez Orenga M. Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna. *An Pediatr*. 2015; 83 (6): 387-96.