



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



## Lactancia materna exclusiva en prematuros de hospitales Amigo del Niño: estudio comparativo

Ariane Thaise Alves Monteiro<sup>1</sup>, Edilaine Giovanini Rossetto<sup>1</sup>,  
Kauana Olanda Pereira<sup>1</sup>, Mariana Charif Lakoski<sup>1</sup>,  
Marcela Maria Birolim<sup>1</sup>, Carmen Gracinda Silvan Scochi<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidad Estatal de Londrina

<sup>2</sup> Universidad de São Paulo

### RESUMEN

**Objetivo:** comparar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) y verificar los factores asociados a su interrupción en prematuros internados en hospitales Amigo del Niño. **Método:** estudio comparativo con 107 prematuros internados en la unidad neonatal de dos hospitales de Paraná. Datos obtenidos por medio de entrevistas realizadas con las madres y el análisis de prontuarios de los bebés, en el alta hospitalaria y después de 15 días de la misma. **Resultados:** las prevalencias de la LME fueron 29,2% en el Hospital Universitario y 15,3% en el Hospital Filantrópico. En el alta hospitalaria, predominó las asociaciones con características clínicas de los bebés, y 15 días después del alta se observó mayor asociación con las características sociodemográficas de los padres. **Conclusión:** la prevalencia de la LME, que se mostró baja en el momento del alta hospitalaria en ambos hospitales, se redujo después del alta, reforzando que son necesarias otras estrategias, además de aquellas previstas en los hospitales Amigo del Niño, para promover y apoyar la LME en prematuros.

**Palabras-clave:** Prevalencia; Recien Nacido Prematuro; Lactancia Materna; Destete.

## INTRODUCCIÓN

La leche materna es el alimento ideal para que el recién nacido (RN) crezca y se desarrolle, especialmente los prematuros, por reducir la mortalidad infantil, prevenir infecciones y alergias, además de incentivar el vínculo madre-bebé<sup>(1)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de la Salud preconizan la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida del niño, atribuyéndole la siguiente definición: “recibir solamente la leche proveniente de su madre o de bancos de leche humana, y ningún otro líquido o sólido con excepción de vitaminas, minerales y medicamentos”. La definición de lactancia materna (LM) es clasificada cuando el niño recibe leche materna (directo del seno u ordeñado), independientemente de recibir o no otros tipos de alimentos, y la no lactancia es definido por el niño que no recibe leche materna<sup>(2)</sup>.

Amamantar un prematuro hospitalizado es un gran desafío, debido a su inmadurez fisiológica y neurológica, a la dificultad en coordinar la succión-deglución-respiración y a la hospitalización prolongada. Este contexto le genera a la madre, sentimientos de incapacidad y estrés emocional que pueden disminuir la lactación, obstaculizar el contacto precoz madre-hijo, demorando el inicio de la LME, lo que contribuye a las bajas tasas de LM en esta clientela<sup>(3)</sup>.

Brasil es internacionalmente reconocido por desarrollar acciones destinadas al aumento de las tasas de LME<sup>(4)</sup>, como la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) que fue idealizada en 1990 por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el objetivo de promover, proteger y apoyar la LM. Para eso, se adoptó la política de los Diez Pasos para el Suceso de la LM en Hospitales Amigos del Niño y su disseminación ha contribuido expresivamente

para las tasas de LME y su duración, con un aumento de 15% entre 1996 y 2006<sup>(4)</sup>.

RN prematuros requieren que el apoyo a la práctica de la LM tenga una atención diferenciada. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre la contribución de la IHAN para garantizar la LME durante y después de la internación hospitalaria, en esta población. Incluso, la IHAN convencional ha sido señalada como insuficiente para atender esa especificidad<sup>(5)</sup>.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue comparar la prevalencia de LME en el alta hospitalaria y después de 15 días de la misma y verificar los factores asociados a la interrupción de la LME en bebés prematuros internados en dos hospitales titulados como Amigo del Niño, en la región Sur de Brasil.

## MÉTODO

La presente investigación hace parte del proyecto multicéntrico “Lactancia materna en prematuros: impacto de la IHAN para unidades neonatales”, financiado por la Fundación Bill & Melinda Gates / CNPq. Se trata de un estudio transversal, comparativo y de abordaje cuantitativo.

La investigación se desarrolló en las unidades neonatales de dos hospitales de porte grande de la región Sur del País, siendo uno de naturaleza pública (universitario) y otro filantrópico, que implantaron la estrategia IHAN hace por lo menos quince años.

Ambas instituciones son consideradas referencia regional en lo que se refiere a los embarazos de alto riesgo y atienden a una proporción grande de prematuros y RN de muy bajo peso. El hospital universitario (HU) atiende, exclusivamente, usuarios del Sistema Único de Salud (SUS). El filantrópico (HF), a su vez, destina 28% de sus lechos de maternidad para la clientela SUS

y los demás son ocupados por otros servicios complementares, asegurados o particulares.

La población del estudio fue constituida por todos los prematuros y sus respectivas madres que obtuvieron alta de la unidad neonatal en el período entre abril y julio de 2014 en los dos hospitales investigados. Los criterios de inclusión fueron la edad de gestación (IG) menor que 37 semanas e internación en la unidad en las primeras 48 horas de vida, excluyéndose a aquellos con contraindicación para LM (ex: malformaciones de la cavidad oral, fenilcetonuria, galactosemia, madre portadora de HIV, etc.).

El muestreo se realizó en dos momentos: en el alta hospitalaria del RN y 15 días después de la misma, esta última realizada vía contacto telefónico con la madre, ocasión en la que ocurrió la entrevista sobre la situación de la LME / destete precoz en el domicilio.

La variable dependiente de este estudio fue la interrupción de la LME. Las principales variables analizadas fueron las condiciones socioeconómicas de la familia del prematuro, la caracterización del embarazo y del parto, la caracterización de los RN prematuros y los factores relacionados a la interrupción de la LME en el alta hospitalaria y en el período de 15 días después del alta.

El programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versión 20.0 fue utilizado para los análisis estadísticos. Las condiciones socioeconómicas de la familia del prematuro, la caracterización del embarazo/parto y de los RN prematuros fueron analizadas descriptivamente para poder conocer el perfil de los grupos; en seguida fueron realizados, los análisis de homogeneidad por medio de los tests t-Student, Chi-cuadrado y el Test Exacto de Fisher. En la secuencia fueron obtenidas las razones de prevalencia (RP) brutas y ajustadas con sus respectivos intervalos de confianza (IC95%). Las variables de exposición que, en el análisis bivariado presentaron valor

de  $p < 0,20$ , se incorporaron a los modelos multivariantes. Se utilizó el modelo de regresión de Poisson con variancia robusta para verificar la existencia de factores asociados a la interrupción de la LME. Permanecieron en los modelos finales las variables que mantuvieron asociación significativa después del ajuste ( $p \leq 0,05$ ), de acuerdo con el test de Wald.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisas de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP/USP), con el CAAE n°: 23975813.7.1001.5393. La participación en la investigación fue confirmada por medio de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, que les aseguró el sigilo y el anonimato a los participantes.

## RESULTADOS

Fueron estudiados 107 prematuros y sus madres, siendo 48 de la unidad neonatal del HU y 59 del HF. Se observó homogeneidad entre los grupos en las siguientes variables: edad de la madre, historia de parto prematuro, historia de amamantamiento anterior y tipo de embarazo. Cuanto a las demás variables, los grupos se mostraron diferentes, ya que presentaron valor  $p \leq 0,05$  (Tabla 1).

Referente a las características de los RN prematuros, algunas variables mostraron homogeneidad entre los dos grupos, como la edad de gestación (EG) al nacer, en la que más de la mitad de los prematuros nacieron con menos de 34 semanas en ambos grupos; Apgar, en que la mayoría de los RN presentó valores  $\geq 7$  en el 5° minuto; la media de peso y edad de gestación corregida (EGC) cuando mamaron por primera vez; y la media de peso en el momento del alta (Tabla 1).

Vale resaltar la caracterización de una población más gravemente enferma en el HU por

**Tabla 1-** Caracterización socioeconómica de las madres de los prematuros, embarazo, parto y de los recién nacidos prematuros en dos instituciones hospitalarias. Londrina, PR, Brasil, 2014

<b>Características de las madres</b>	<b>HU (n=48)</b>		<b>HF (n=59)</b>		<b>p (Test)</b>
Edad de la madre (media, intervalo)	25 (15-40)		27 (16-45)		0,075*
Padres viven juntos (n, %)	36	75,0	57	96,6	0,001**
<b>Escolaridad de la madre (n, %)</b>					<b>0,007**</b>
< 8 años de estudio	11	22,9	3	5,1	
≥ 8 años de estudio	37	77,1	56	94,9	
Trabaja fuera de casa (n, %)	28	58,3	22	37,3	0,030**
<b>Renta mensual familiar (n, %)</b>					<b>0,000**</b>
1 a 2 salarios mínimos	31	64,6	4	6,8	
≥ 3 salarios mínimos	17	35,4	55	93,2	
<b>Local del prenatal (n, %)</b>					<b>0,000**</b>
Consultorio/Unidad de salud	48	100,0	5	8,5	
Otro/Particular	0	0,0	54	91,5	
Historia parto prematuro (n, %)	4	8,3	4	6,8	1,000***
Amamantamiento anterior (n, %)	34	70,8	49	83,0	0,132**
<b>Tipo de embarazo (n, %)</b>					<b>0,064**</b>
Único	38	79,2	37	62,7	
Doble o más	10	20,8	22	37,3	
Irregularidades en el embarazo (n, %)	30	62,5	48	81,4	0,029**
Irregularidades en el parto (n, %)	13	27,1	1	1,7	0,000**
<b>Tipo de parto (n, %)</b>					<b>0,000**</b>
Vaginal	19	39,6	4	6,8	
Cesárea	29	60,4	55	93,2	
<b>Características del RN</b>	<b>HU (n=48)</b>		<b>HF (n=59)</b>		
<b>Sexo del RN (n, %)</b>					
Femenino	29	60,4	22	37,3	<b>0,017**</b>
Masculino	19	39,6	37	62,7	
<b>EG nacimiento (n, %)</b>					
< 34 sem	30	62,5	34	57,6	<b>0,609**</b>
≥ 34 sem	18	37,5	25	42,4	
Reanimación neonatal (n, %)	15	31,2	8	13,5	0,027**
<b>Apgar 5º minuto (n, %)</b>					
< 7	5	10,4	1	1,7	<b>0,088***</b>
≥ 7	43	89,6	58	98,3	
Nutrición parenteral (n, %)	42	87,5	14	23,7	0,000**
Tiempo de soporte ventilatorio, días (media, intervalo)	8 (0-67)		4 (0-21)		0,033*
Peso al nacer, gramos (media, intervalo)	1741 (765-2670)		1943 (1010-2635)		0,033*
EGC mamó 1º vez, semanas (media, intervalo)	35 (32-40)		35 (31-52)		0,924*
Peso mamó 1º vez, gramos (media, intervalo)	1975 (1475-2704)		2029 (1465-2580)		0,394*
EGC en el alta, semanas (media, intervalo)	37 (34-48)		36 (33-39)		0,005*
Peso en el alta, gramos (media, intervalo)	2145 (1570-3656)		2092 (1660-2765)		0,354*
Duración de la internación, días (media, intervalo)	31 (5-116)		18 (2-47)		0,003*

\*t-Student; \*\*Chi-cuadrado; \*\*\*Test Exacto de Fisher

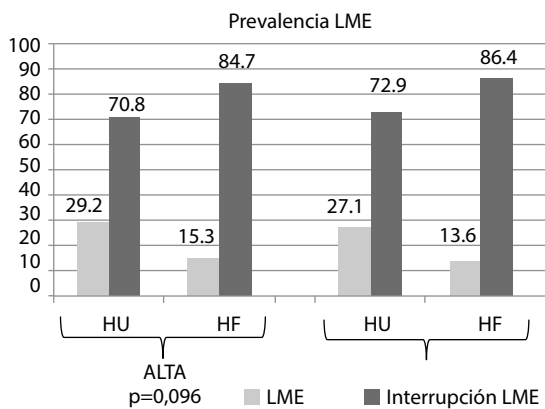
**Fuente:** el propio autor.

las diferencias observadas entre los grupos en el tiempo medio de internación, peso al nacer y Apgar en el 5º minuto de vida, necesidad de nutrición parenteral y tiempo de soporte ventilatorio/oxigenoterapia.

La Figura 1 compara la prevalencia de la LME de los prematuros en el momento del alta hospitalaria y después de 15 días. Se verificó que las prevalencias en los dos hospitales tuvieron poca variación, si se compara el momento del alta hospitalaria con la primera quincena después del alta, y no presentó diferencia estadísticamente significativa cuando comparadas las prevalencias entre los dos hospitales en los dos momentos ( $p=0,096$  y  $p=0,095$ ).

Las prevalencias de LME de los prematuros en los dos hospitales se mostraron bajas en el alta hospitalaria: 29,2%, en el HU; y 15,3%, en el HF.

**Figura 1.** Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en prematuros en el momento del alta hospitalaria y en la primera quincena después del alta en dos instituciones hospitalarias. Londrina, PR, Brasil, 2014



Fuente: *el propio autor.*

Al realizarse el análisis bivariado, las variables que presentaron valor  $p<0,20$  fueron incorporadas al modelo multivariante de la Regresión de Poisson y analizadas por la RP ajustada en relación a la interrupción de la LME en el alta (Tabla 2) y en la primera quincena después del alta hospitalaria (Tabla 3).

La prevalencia para interrumpir la LME en el HU fue 38% mayor en el parto vaginal, o sea, el parto por cesárea fue protector para la LME de esta población, así como el sexo masculino, dado que el femenino tuvo una prevalencia 82% mayor para cesar la LME en el alta. Para hacer uso de oxigenoterapia, la prevalencia de la interrupción de la LME fue 41% mayor para los prematuros que usaron el oxígeno (Tabla 2).

En el HF, entre los diez factores restantes del modelo bivariado, seis mostraron asociación estadísticamente significativa para la discontinuidad de la LME en el alta, siendo diferentes variables si se compara al HU: historia de parto prematuro, irregularidades en el parto, reanimación en la sala de parto, Apgar menor que 7 en el 5º minuto y uso de oxigenoterapia.

La prevalencia para la interrupción de la LME en el HU después del alta hospitalaria fue 71% mayor en los casos de gemelos, 41% mayor en bebés que usaron oxígeno y 36% mayor en madres que tuvieron trauma mamilar (Tabla 3).

En el HF, factores socioeconómicos, como padres que no vivían juntos y baja escolaridad materna, estuvieron asociados a la interrupción de la LME (50% y 57%) 15 días después del alta hospitalaria. La prevalencia de la no LME fue 29% mayor para historia de parto prematuro, 62% mayor en los bebés que tuvieron irregularidades en el parto, 74% mayor en bebés que fueron reanimados en la sala de parto, 41% para uso de oxigenoterapia, 14% para trauma mamilar, 39% para Apgar menor que 7 en el 5º minuto y cuanto menor la IG al nacer, mayor fue la prevalencia de la discontinuidad de la LME en la primera quincena en el domicilio.

## DISCUSIÓN

Aunque existen estudios publicados sobre la prevalencia de LM en prematuros<sup>(6-7)</sup> y la prevalencia de LM en instituciones Amiga del

**Tabla 2.** Factores asociados con la interrupción del LME en prematuros en el momento del alta en dos hospitales amigos del niño. Londrina, PR, Brasil, 2014.

Factores	Interrupción LME en el alta					
	HU			HF		
	n (%)	RP bruta* IC 95%	RP ajustado IC 95%	n (%)	RP bruta* IC 95%	RP ajustado IC 95%
Sexo del RN						
Femenino	25 (86,2)	1,82 (1,10-1,98)	1,82 (1,19-1,79)	20 (90,9)	-	-
Masculino	9 (47,4)			30 (81,1)		
Reanimación neonatal						
Sí	11 (73,3)	-	-	8 (100,0)	1,21 (1,06-1,37)	1,47 (1,14-1,90)
No	23 (69,7)			42 (82,3)		
Apgar 5º minuto						
< 7	3 (60,0)	-	-	1 (100,0)	1,18 (1,06-1,32)	0,79 (0,66-0,94)
≥ 7	31 (72,1)			49 (84,5)		
Uso de O2						
Sí	28 (66,7)	0,66 (0,53-0,82)	0,59 (0,42-0,82)	48 (84,2)	0,84 (0,75-0,94)	0,59 (0,43-0,82)
No	6 (100,0)			2 (100,0)		
<b>VARIABLES MADRE</b>						
Historia parto prematuro						
Sí	4 (100,0)	1,46 (1,19-1,79)	**	4 (100,0)	1,19 (1,06-1,34)	1,42 (1,10-1,84)
No	30 (68,1)			46 (83,6)		
Irregularidades en el parto						
Sí	11 (84,6)	1,28 (0,92-1,79)	**	1 (100,0)	1,18 (1,06-1,32)	0,69 (0,53-0,90)
No	23 (65,7)			49 (84,5)		
Tipo de parto						
Vaginal	16 (84,2)	0,73 (0,52-1,04)	0,62 (0,45-0,86)	4 (100,0)	0,83 (0,74-0,94)	**
Cesárea	18 (62,1)			46 (83,6)		
Trauma Mamilar						
Sí	01 (33,3)	-	-	28 (93,3)	1,23 (0,98-1,54)	**
No	33 (73,3)			22 (75,8)		

\* variables con  $p \leq 0,20$  en el modelo bivariado\*\* variables con valor de  $p > 0,05$  en el modelo multivariante.

Fuente: el propio autor.

Niño<sup>(4-5,8)</sup>, no se encontró ninguna investigación que evaluara la LM de prematuros en las instituciones Amiga del Niño, tal como en este estudio.

A pesar de que ambas instituciones estudiadas poseen el título de Hospital Amigo del Niño, al compararlas se constató prevalencias diferentes clínicamente, exceptuando las diferencias encontradas entre los dos grupos. La población estudiada en el HF tiene mejor condición socioeconómica, ya que es una institución que atiende, además de las embarazadas de alto riesgo del

SUS, a pacientes con seguro salud y particulares. La población del HU presenta características de nivel socioeconómico más precarias: un cuarto de las madres no tenía pareja; casi 30% poseía menos de ocho años de estudio; más de la mitad trabajaban fuera de casa y presentaron renta mensual entre uno a dos salarios mínimos. No obstante, los prematuros del HU presentaron mayor prevalencia de LME en el alta y después del alta.

Los padres vivir juntos y la escolaridad materna de más de 8 años de estudio se revelaron

**Tabla 3.** Factores asociados a la interrupción de la LME en prematuros en la primera quincena después del alta en dos instituciones hospitalarias. Londrina, PR, Brasil, 2014.

Factores	Interrupción de la LME en el domicilio					
	HU		HF			
	RP bruta* IC 95%	RP ajustado IC 95%	RP bruta* IC 95%	RP ajustado IC 95%		
EG nacimiento (media)	32sem	-	-	33 sem	0,98 (0,98-0,99)	0,98 (0,97-0,99)
Reanimación neonatal (n, %)						
Sí	11 (73,3)	-	-	8 (100,0)	1,18 (1,05-1,33)	1,74 (1,25-2,42)
No	24 (72,7)			43 (84,3)		
Apgar 5º minuto (n, %)						
< 7	3 (60,0)	-	-	1 (100,0)	1,16 (1,04-1,28)	0,61 (0,42-0,87)
≥ 7	32 (74,4)			50 (86,2)		
Uso de O2 (n, %)		0,69 (0,56-0,84)	0,59 (0,41-0,83)		0,86 (0,77-0,95)	0,59 (0,39-0,90)
Sí	29 (69,0)			49 (85,9)		
No	6 (100,0)			2 (100,0)		
VARIABLES MADRE						
Padres viven juntos (n, %)						
Sí	25 (69,4)	-	-	49 (85,9)	1,16 (1,04-1,29)	0,50 (0,34-0,75)
No	10 (93,3)			2 (100,0)		
Escolaridad de la madre (n,%)						
< 8 años de estudio	9 (81,9)	-	-	3 (100,0)	1,16 (1,04-1,29)	1,57 (1,17-2,12)
≥ 8 años de estudio	26 (70,3)			48 (85,7)		
Historia parto prematuro (n, %)						
Sí	3 (75,0)	-	-	4 (100,0)	1,17 (1,04-1,30)	1,29 (1,04-1,58)
No	32 (72,7)			47 (85,4)		
Tipo de embarazo (n, %)						
Único	10(100,0)	1,52 (1,20-1,91)	1,71 (1,25-2,34)	21 (94,4)	1,17 (0,98-1,41)	**
Doble o más	25 (65,8)			30 (81,1)		
Irregularidades en el parto (n, %)	10 (76,9)	-	-	1 (100,0)	1,16 (1,04-1,28)	0,38 (0,21-0,68)
Trauma mamilar (n, %)						
Sí	3(100,0)			30 (100,0)		
No	32 (71,1)	1,40 (1,16-1,69)	1,36 (1,11-1,66)	21 (72,4)	1,38 (1,10-1,72)	1,14 (1,11-1,79)

\* variables con  $p \leq 0,20$  en el modelo bivariado\*\* variables con valor de  $p > 0,05$  en el modelo multivariante.

Fuente: el propio autor.

como factores de protección para dar continuidad a la LME después del alta en el HF. Madres que viven sin compañero tienen más chance de abandonar precozmente la LME que madres con compañero<sup>(8)</sup>. El tiempo de escolaridad de la madre es uno de los indicadores más importantes para apuntar el grado de esclarecimiento de la madre, reflejándose cuando ellas comprenden sobre los beneficios de la LM, principalmente sobre los riesgos de un nacimiento prematuro<sup>(8)</sup>.

La necesidad de oxigenoterapia fue un factor asociado a la interrupción de la LME, tanto en el alta como después del alta hospitalaria, en el HU y en el HF. Entre los factores asociados a la no continuidad de la LME comunes al HF en el alta y después del alta estaban: historia de parto prematuro anterior, irregularidades en el parto, necesidad de reanimación en la sala de parto y el Apgar menor que 7 en el 5º minuto. Dichos factores aumentan la gravedad del paciente e pueden perjudicar el inicio y la manutención de la LM del prematuro. Atrasando el inicio precoz de la LM, el RN permanece más tiempo internado, separado de su madre, lo que dificulta todavía más el establecimiento del amamantamiento<sup>(8,9)</sup>.

Vale destacar las diferencias en la gravedad de los prematuros del HU. Un tercio de los prematuros necesitaron ser reanimados en la sala de parto; necesitando dos veces más días de uso de soporte ventilatorio/oxigenoterapia que los prematuros del HF; permanecieron, en media, el doble de tiempo, internados; y la mayoría necesitó de nutrición parenteral. Además, el peso al nacer mínimo fue de 765 gramos en el HU, mientras que en el HF ningún bebé nació pesando menos que 1000 gramos.

A pesar de que el peso al nacer no presentó significancia estadística con la interrupción de la LME en las dos instituciones, diferente de la EG al nacer, que, en el HF, demostró relación en la primera quincena después del alta hospitalaria, vale destacar que la práctica de la LM en

prematuros está asociada a las dos variables. La literatura señala que cuanto menor el peso y/o menor la EG, mayor la dificultad para iniciar y mantener el amamantamiento<sup>(9)</sup>.

A pesar de que nacer menos prematuro sea un factor favorable para la LME, cabe destacar los prematuros denominados tardíos, o sea, aquellos que presentan EG entre 34 y 36 semanas y 6 días. Este nuevo agrupamiento se basó en la necesidad de enfatizar los RN próximos de la clasificación a término, pero que todavía son prematuros y, por tanto, deberían recibir mayores cuidados en comparación con los RN a término<sup>(10)</sup>.

Los prematuros tardíos son cada vez más frecuentes y están significativamente más asociados con el aumento de la morbilidad neonatal, cuando se compara con el RN a término, y tienen mayor riesgo de presentar problemas en el período neonatal<sup>(10,11)</sup>. Ellos se han descritos con menores escores de Apgar, mayor riesgo de problemas respiratorios y alimentarios, deshidratación, inestabilidad térmica, succión y deglución deficientes, ictericia e hipoglucemia y son más susceptibles a volver a ser internados en las primeras semanas de vida<sup>(11)</sup>.

Considerando todos estos riesgos e irregularidades, los prematuros tardíos exigen un conjunto de intervenciones para que la LME tenga éxito, pues presentan limitaciones que exigen más atención y ayuda para iniciar y establecer la LM, que los bebés a término, y estas, muchas veces el equipo las descuidan<sup>(11)</sup>.

En el HF, donde la población presenta mejores condiciones de vida y posee seguro de salud, el número de partos por cesáreas fue expresivo. Independiente de la indicación precisa del tipo de parto, lo que además de aumentar los riesgos de morbilidad de esos bebés, también es un factor que dificulta el establecimiento de la LM<sup>(1,12-13)</sup>. Por otro lado, un estudio aborda que el parto por cesárea de emergencia, como en el caso de un RN prema-



turo, no afecta la LM<sup>(14)</sup>. En el presente estudio, la cesárea tuvo un factor protector para la LME en prematuros nacidos en la HU, dada la condición de prematuridad extrema.

Curiosa es la asociación del sexo con la LM que aún no se ha logrado explicar suficientemente. Un estudio dinamarqués con 1.488 prematuros, con EG de 24 a 36 semanas, demostró por el análisis multivariado que ser varón es un factor que contribuyó para que la LME no tuviera éxito en el alta<sup>(13)</sup>, diferentemente del presente estudio que encontró una asociación positiva entre el sexo masculino y la LME en el alta en la HU.

El tiempo de internación no mostró significancia estadística como factor asociado a la discontinuidad de la LME, tal como en otro estudio que señaló el aumento del chance de mantener la LME conforme disminuye el tiempo de internación prolongado<sup>(6)</sup>. El tiempo de internación aumenta la separación madre-hijo y el riesgo de que el RN adquiera infecciones y otras complicaciones clínicas. Además, perjudica al formación del vínculo madre-bebé, dificultando, así, el inicio y la manutención del amamantamiento<sup>(3,9)</sup>.

Por otro lado, el tiempo de internación prolongado puede acabar influenciando positivamente la lactancia, caso la madre y el bebé reciban más tiempo de cuidado y apoyo, de manera que persistan en la lactancia después del alta. Se refuerza la importancia organizativa de los servicios para dar atención a la lactancia, que debe darse también al RN pre-término tardío internado, más especialmente a los bebés gravemente enfermos admitidos en unidades neonatales<sup>(9)</sup>.

En el presente estudio, se esperaba una prevalencia de LME más elevada en el HF, por poseer una característica de población menos grave y más desarrollada socialmente, sin embargo, se encontró lo contrario, aunque esta diferencia no haya sido estadísticamente significativa. Considerando las diferencias entre los grupos, el tamaño de la muestra pequeño y consecuentemente algunos

intervalos de confianza alargados, los factores asociados no logran por si solo explicar tal hecho.

Corroborando con algunos autores que afirman que la IHAN convencional no es suficiente para apoyar la LM en esa clientela específica<sup>(5)</sup>, un análisis de las diferencias en el de esas instituciones puede complementar el análisis de las prevalencias encontradas.

Investigadores de diferentes países han propuesto la expansión de la IHAN convencional para otros escenarios de cuidado, teniendo en consideración el contexto de las unidades neonatales, las necesidades peculiares de los prematuros y/o RN gravemente enfermos y la necesidad de un cuidado diferenciado para ofrecer el apoyo necesario al amamantamiento para esa población<sup>(5)</sup>. Esta propuesta de expansión para unidades neonatales, denominado **IHAN-Neo**, se basa en tres acciones de apoyo: enfoque y respuestas a las necesidades individuales de cada familia, acciones basadas en el cuidado centralizado en la familia, y la continuidad del cuidado entre los períodos pre, peri y postnatal, así como después del alta hospitalaria<sup>(5)</sup>.

La expansión de los Diez Pasos de la IHAN-Neo se diferencia esencialmente por el contexto de las unidades neonatales, siendo que cinco de ellos fueron estructurados diferentemente: pasos 3, 4, 5, 8 y 9. En esta nueva propuesta, el paso 3 recomienda informarles a todas las embarazadas hospitalizadas con riesgo de parto prematuro o niño enfermo sobre la lactación y el amamantamiento. El apoyo precoz, sistemático y continuo para que las madres inicien el amamantamiento, principalmente cuando los bebés no están aptos para hacerlo, son esenciales para superar las dificultades fisiológicas y emocionales relacionadas a la lactancia en el contexto de la unidad neonatal<sup>(13)</sup>.

El paso 4 propone encorajar precozmente el contacto piel con piel madre-bebé de manera continua y prolongada (Cuidado Canguro). Considerando que ni siempre es posible realizar este

contacto en la sala de parto, por causa de la gravedad del RN en aquel momento, hay evidencias de que el Cuidado Canguro precoz, continuo y prolongado en la unidad neonatal es una acción eficaz para promover la LM, produciendo prevalencias generalmente más altas que el cuidado convencional. El contacto piel con piel estimula la producción láctea, aumenta la duración de la lactancia, proporciona mayor aumento de peso, disminuye el tiempo de hospitalización y favorece el vínculo afectivo<sup>(15)</sup>.

El paso 5 pretende demostrarle a las madres como iniciar y mantener la lactación y establecer la estabilidad del bebé como único criterio para iniciar precozmente el amamantamiento<sup>(5)</sup>.

El paso 8 defiende la estimulación de la libre demanda o, cuando necesario, la semidemanda de amamantamiento como una estrategia transicional para prematuros o bebés enfermos. Maneras diversificadas se emplean para esta transición, dada las divergencias y dificultades en la práctica<sup>(5)</sup>.

El paso 9, admite el uso de métodos alternativos, como el biberón, por lo menos hasta el completo establecimiento del amamantamiento y solamente uso de chupetes por motivos justificados. La utilización de protutores de mamilas y de chupete significa un riesgo aumentado de 2 a 3 veces de interrupción de la LME en el alta<sup>(13)</sup>.

En esta perspectiva, vale describir y analizar algunas prácticas diferenciadas encontradas a la luz de esas recomendaciones, ya que las dos instituciones en estudio son hospitales con título de Amigo del Niño y, teóricamente, deberían cumplir por lo menos los Diez Pasos propuestos por la IHAN convencional.

Con la implantación de la residencia de enfermería en la unidad neonatal del HU, fue posible organizar un cuidado sistematizado, individualizado y diferenciado para los RN prematuros y sus familias, auxiliando y apoyando la LME, por medio del programa "Una Red de Apoyo a la Familia

Prematura", creado desde 2007. Este proyecto ya está aplicando los tres principios principales de la IHAN-Neo<sup>(16)</sup>. Las actividades tienen como referencia el cuidado centralizado en la familia, desarrolladas desde el nacimiento, durante todo el proceso de hospitalización, en el domicilio y en el ambulatorio tras el alta hospitalaria, con la finalidad de atender y apoyar las necesidades de las familias de los prematuros nacidos en el HU. Además, se dispone de la actuación del Banco de Leche Humana para apoyar a las madres de los prematuros para ordeña mamaria y manutención de la producción láctea.

En el HF, a pesar de contar con un equipo multiprofesional entrenado para promover y apoyar la LM durante el período de internación, el acompañamiento del prematuro después del alta no está organizado sistemáticamente en el ambulatorio de seguimiento especializado y ocurre cuando la familia lo busca directamente en los consultorios o en las salas de apoyo al amamantamiento en la maternidad de la institución y en las consultas con el pediatra del seguro de salud / particular o en las Unidades Básicas de Salud.

Tras el alta hospitalaria, es muy común que las madres enfrenten obstáculos para continuar amamantando a su hijo prematuro. Es imprescindible que esas madres reciban apoyo después del alta, porque la transición para la casa exige una adaptación que suele ser considerada un desafío, hasta cuando la lactancia está ya bien establecida<sup>(16)</sup>. Se recomienda que los profesionales de salud que atendieron directamente a los prematuros y a sus madres, actúen en este contexto, ya que ellos estarían más familiarizados para orientar a las familias, anticipar y resolver efectivamente las limitaciones de la lactancia en casa<sup>(15)</sup>. Uso acontece en el HU, donde una enfermera residente adopta las familias para propiciarles mayor vínculo, continuidad y mejor apoyo, desde el nacimiento hasta un año de edad.

Se observó, por tanto, que acciones especializadas para apoyar e incentivar el inicio precoz de la LM durante la internación y el seguimiento tras el alta hospitalaria con el objetivo de favorecer y mantener la LME del prematuro están sistemáticamente implantadas en el HU, lo que puede ocurrir en el HF, aunque no de manera sistemáticamente, ni necesariamente para todas las familias.

En acuerdo con la IHAC-Neo, se recomiendan prácticas que deben incorporarse en ambas instituciones, como: aumentar la permanencia de las madres en las unidades neonatales sin restricciones de horario; favorecer el contacto precoz piel con piel entre la madre y el RN prematuro de forma continua y prolongada; favorecer el conocimiento de la embarazada de riesgo sobre la LM del prematuro; no fijar horarios para que los bebés mamen directamente el seno materno; incentivar LM de libre demanda y semidemanda; apoyar el inicio y mantener la lactación, instituyendo la estabilidad clínica del bebé como único criterio para iniciar precozmente la succión; utilizar métodos alternativos como el biberón, protectores de mamilas y chupetes solamente por motivos justificados; incluir y preparar mejor a los padres para dar continuidad a la LM; y asegurar el acompañamiento post-alta por un equipo entrenado para minimizar la inseguridad en ese período y favorecer la continuidad del LME.

Vale mencionar que los prematuros tardíos, aunque a veces no se quedan internados prolongadamente, también exigen más atención que los nacidos a términos para alcanzar la LME y su manutención. Por tanto, la familia necesita recibir más apoyo y ser preparada de manera diferenciada durante la internación, necesitando que el equipo profesional realice esfuerzos junto a ella y promueva también el acompañamiento especializado precoz después del alta.

La estrategia IHAN-Neo propone ese conjunto de acciones para ser realizadas junto a esa población vulnerable con el fin de disminuir las dificultades y concretizar la práctica de la LM en bebés prematuros.

## CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio permitieron concluir que hubo poca prevalencia de la LME en el momento del alta y 15 días después del alta en los dos hospitales investigados.

Los factores asociados a la interrupción de la LME en el alta fueron: tipo de parto, sexo del RN y uso de oxigenoterapia, en el HU; e historia de parto prematuro, irregularidades en el parto, reanimación en la sala de parto, Apgar menor que 7 en el 5º minuto y uso de oxígeno, en el HF.

Tras el alta hospitalaria, las variables asociadas a la discontinuidad de la LME en el HU fueron: tipo de embarazo, uso de oxigenoterapia y trauma mamilar. En el HF, estuvieron asociadas las variables: compañero, escolaridad de la madre, historia de parto prematuro, irregularidades en el parto, Apgar menor que 7 en el 5º minuto, reanimación en la sala de parto, EG al nacer, uso de oxigenoterapia y trauma mamilar.

A pesar de las asociaciones encontradas, se concluyó también que el cumplimiento de los pasos de la IHAN convencional no es suficiente para atender a esa población vulnerable y que otras acciones específicas pueden interferir en el proceso de la LM del prematuro.

## CITAS

1. Eidelman AI, Schanler RJ. Section on Breastfeeding Executive Committee. Breastfeeding and the use of human milk: policy statement. *Pediatrics*. 2012;129:e827---41.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Cruz MCC, Almeida JAG, Engstrom EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Rev Nutr.* 2010; 23(2): 201-210.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016; 387: 491–504.
5. Nyqvist HK, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact.* 2012; 28(3):289-96.
6. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* 2013; 15(1): 253-64.
7. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(4): 594-600.
8. Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev CEFAC.* 2013; 15(1): 160-171.
9. Silva L, Elles M, Silva M, Santos I, Souza K, Carvalho S. Social factors that influence breastfeeding in preterm infants: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet].* 2012; 11(1). [Cited 2017 Oct 08]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3528>
10. Costa BC, Vecchi AA, Granzotto JA, Lorea CF, Mota DM, Albernaz EP; et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. *Boletim Científico de Pediatria.* 2015; 4(2): 33-37.
11. Briere CE, Lucas R, McGrath JM, Lussier M, Brownell E. Establishing breastfeeding with the late preterm infant in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015; 44(1):102-13.
12. Machado LC Jr, Passini R Jr, Rosa IR. Late prematurity: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2014; 90(2): 21-31.
13. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A; et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS ONE.* 2014; 9(2): e89077.
14. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012; 95(5): 1113–35.
15. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. An Integrative Review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *JOGNN.* 2014; 43: 272-281.
16. Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(1): 155-160.

---

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en [http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE\\_final\\_13-06-2013.pdf](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 07/08/2016  
 Revisado: 03/10/2017  
 Aprobado: 03/10/2017