

Las rutinas hospitalarias en el período neonatal precoz

C. PEDRAZ GARCÍA

Servicio de Neonatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

En la nutrición infantil y en particular en la elección de la lactancia materna como alimento ideal para los recién nacidos (RN) se han producido en las últimas décadas cambios demográficos, sociales, económicos, culturales en la sociedad española. Se constata un descenso notable de la natalidad en la década de los años 80 con 2,4 hijos por pareja, y 1,1 hijos por pareja en 1996, con cambios de una sociedad rural a urbana. También en la decisión de los padres de alimentar a su hijo con lactancia natural tienen influencia notable las condiciones económicas de la pareja, con el aumento del paro, con ingresos económicos familiares insuficientes y con mayor número de mujeres trabajadoras, si bien en este aspecto no está clara la relación de menor elección de alimentación materna con trabajo materno. Como apunte de lo anteriormente indicado, los datos recogidos en la provincia de Salamanca, la cual ha sufrido escasos cambios poblacionales sociales y económicos, muestran un claro descenso de la natalidad en los últimos años (Fig. 1)⁽¹⁻³⁾.

Valorando los datos sobre procedencia, nivel de estudios y económicos de los RN en el H. Clínico Universitario de Salamanca en los últimos 15 años (Fig. 2), observamos que el porcentaje de las madres que tenían intención de alimentar a sus hijos es similar a lo largo de los últimos 15 años (Fig. 3). En estudios realizados en otros países se refiere que el 72% eran alimentados inicialmente con leche materna mientras que en otros estudios las cifras son aún más bajas 50%^(4,5).

En estudios realizados en poblaciones españolas se observa, por ejemplo en Madrid, netamente urbana, que la evolución de la elección de la lactancia natural por las madres como la idónea para sus hijos ha sido del 83% en la década de los años 80, similares porcentajes se recogen para el mismo periodo de tiempo en otras provincias españolas⁽⁴⁾.

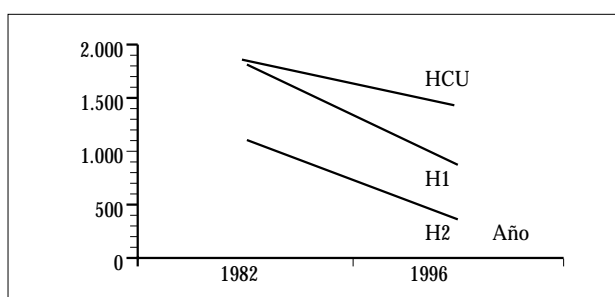


Figura 1. Número de nacimientos de Salamanca.
HCU: H. Clínico Universitario; H1: Insalud; H2: Privado.

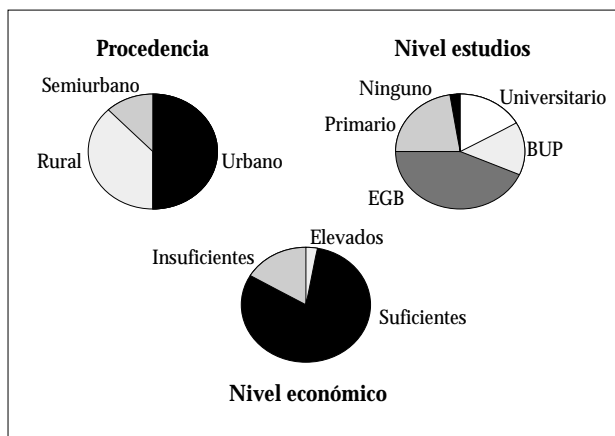


Figura 2. Características de las madres de los RN nacidos en el HCU de Salamanca.

En una encuesta realizada en 1988-1989 a madres y pediatras en España se constata que el 73,5% de las madres eligen como alimento la lactancia materna si bien esta decisión la toma la madre en el 92,6% de los casos y está en relación con su cultura dietética, relacionada con una mayor información e interés sobre la alimentación de su hijo^(6,7).

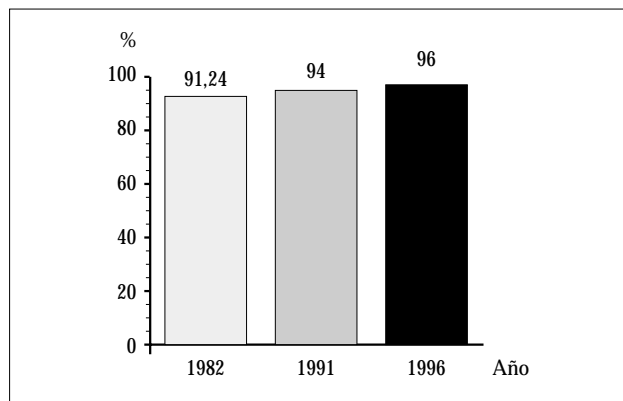


Figura 3. Porcentaje de lactancia materna en RN de maternidad del HCU de Salamanca.

TABLA I. RELACIÓN DE HOSPITALES ENCUESTADOS

Número 13; Respuesta 100%

H. General de Asturias	H. Clínico, Salamanca
H. Cantabria	H. Virgen de la Vega, Salamanca
H. Virgen de Sonsoles, Avila	H. General, Segovia
H. General Yagüe, Burgos	H. Clínico, Valladolid
H. General de León	H. Río Hortega, Valladolid
H. Río Carrión, Palencia	H. Virgen de la Concha, Zamora
H. Camino de Santiago de Ponferrada, León	

En 1991 la Sociedad de Neonatología de la AEP hizo unas recomendación de mínimos para la asistencia al RN sano, acordando recomendar y favorecer la alimentación con lactancia materna, teniendo en cuenta que la información y actitud del personal sanitario influyen de manera decisiva en su realización, ya que si existe controversia entre los miembros sanitarios, la madre pierde interés por ella. En 1992 se publicó un artículo en *Anales Españoles de Pediatría*⁽⁸⁾ en el que se afirmaba que muchas de las rutinas seguidas en la actualidad durante el parto y período neonatal en las maternidades disminuye las posibilidades de éxito de la lactancia natural. En 1997 la guía de salud materno-neonatal editada por Sociedad de Neonatología AEP y Sección de Medicina Perinatal SEGO recoge una serie de recomendaciones y consejo para favorecer la alimentación a los RN con lactancia natural.

Con el fin de analizar las actitudes que se adoptan en las maternidades de los hospitales integrados en la Sociedad

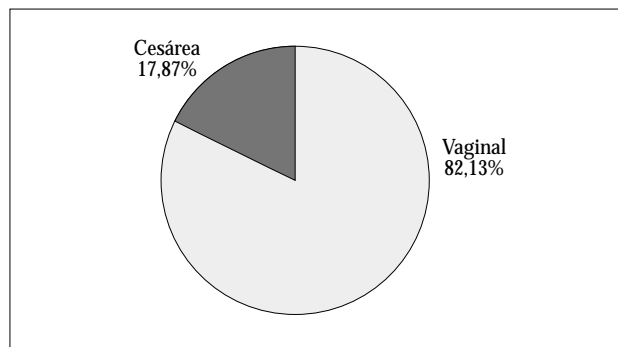


Figura 4. Número de nacimientos de 1996 (18.874) y tipo de parto en 13 hospitales de Asturias, Cantabria, Castilla y León.

Científica Asturias, Cantabria y Castilla y León realizamos una encuesta a 13 hospitales (todos ellos pertenecientes al Insalud) (Tabla I) con cuestiones muy básicas para permitir establecer una base de estudio sobre la posibilidad de futuras correcciones en las rutinas de las maternidades que puedan influir en la elección de la lactancia natural como alimento indiscutiblemente ideal para el recién nacido.

Incluyen estos hospitales 18.874 nacimientos en 1996 y se registra un 18,87% de cesáreas (Fig. 4).

En el 54% de las maternidades los RN permanecen desde el nacimiento las 24 horas del día junto a su madre y el 46% restante separados entre 3-16 h, siendo el 30,66% de ellos nacidos por cesárea y el 15,33% son separados de sus madres independientemente del tipo de parto.

El inicio de alimentación oral (AO) se produjo en todos los casos en las primeras 6 horas de vida ($4,1 \pm 1,4$ horas). En los partos vaginales el inicio con leche materna se realizó en el 46,15%, con solución glucosada y leche materna el 38,36%, el 7,6% con agua y lactancia materna y el 7,6% refiere que el tipo de alimentación es individualizada pero no expresa cuál. Con ello la alimentación con lactancia materna es al nacimiento del 92,3%. En el caso de las cesáreas, el 30,7% se indica la AO con leche materna, otro 30,7% con lactancia mixta, un 23,4% con fórmulas lácteas solas, el 7,6% con solución glucosada y leche materna (Fig. 5).

Así que en las maternidades encuestadas la leche materna es el alimento de elección en los partos por vía vaginal y en las cesáreas el empleo de las fórmulas lácteas se asocia con la separación de los RN de sus madres. En todas las maternidades se respetó el horario de cada 3 h, en la mayoría de ellos adaptándose también a la demanda del RN en

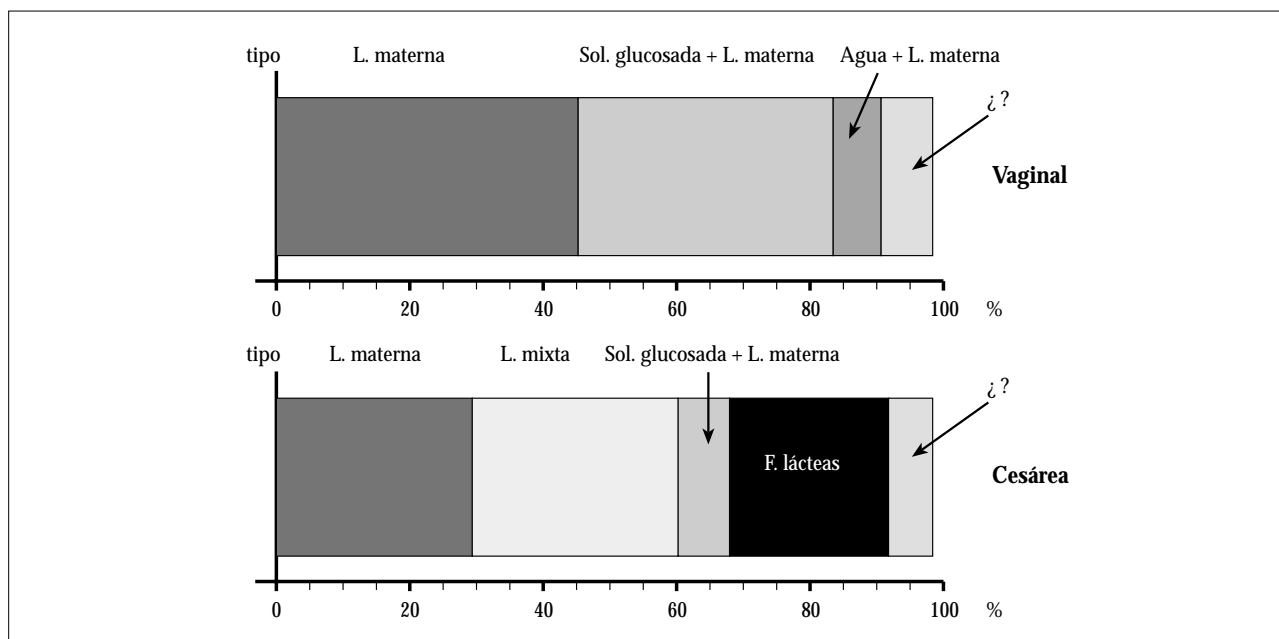


Figura 5. Distribución (porcentajes) del tipo de lactancia según tipo de parto.

las primeras horas de vida, no se respetó descanso nocturno en el 84,6%. La información sobre la técnica de la lactancia materna ha sido realizada por las enfermeras en el 86,4% y en el 92,4% el pediatra/neonatólogo informa sobre la lactancia materna e indica fórmulas lácteas si es preciso.

Al alta de maternidad (parto vaginal 3 días 100% y cesáreas entre 5-7 días) en el 46,2% de los casos se indica leche materna y en el 53,8% leche materna y fórmula láctea por si acaso, considerando en el 92,4% que la ganancia adecuada para los RN en los primeros días de vida de >20 g/día. El seguimiento en el propio hospital de los RN, considerados como normales, procedentes de maternidad sólo se hace en el 38,4% de los casos entre 7-15 días de vida.

Como se observa por los datos recogidos, la alimentación con leche natural en las maternidades encuestadas, en los partos por vía vaginal es elevada; la no indicación supondría las contraindicaciones cada vez más estricta de ella. Lo contrario sucede en las cesáreas, en las que la sedación materna retrasa la secreción láctea y se puede considerar la necesidad de aportar otros productos. En la actualidad el uso de la raquianestesia puede modificar esa circunstancia, así como la separación de la madre y su hijo. Tampoco está clara la creencia de que la secreción láctea sea menor en las muje-

res a las que se les practica la cesárea para el nacimiento de su hijo, si bien es cierto que el estado general de la madre está más deteriorado y, a pesar de la insistencia cada vez mayor de amamantar nada más nacer el niño, algunas madres están reacias a ello porque se sienten más incómodas, ansiosas, y es conocida la relación psicosomática y la secreción láctea⁽⁹⁾.

Otra cuestión es la de considerar si es necesario el aporte de agua o solución glucosada para mantener hidratación y aporte de glucosa, o si bien se debe aportar sólo leche materna, ya que parece que podría disminuir el hambre y la succión (estímulo de succión, relación directa con la secreción láctea). Pensamos que ello no interfiere en la elección por la madre de la lactancia materna para su hijo y, en todo caso, deberá individualizarse en cuanto a las condiciones de los hospitales (ambiente térmico controlado, staf pediátrico dedicado a recién nacidos, disponibilidad de control de enfermería)^(10,11).

En todas las maternidades se respetaba el horario de las tomas cada 3 horas pero considerando en las primeras horas la alimentación a demanda. Se ha referido que la leche materna a demanda favorece la secreción láctea y la continuidad de ella⁽¹²⁾.

Parece contraindicado dar por sistema fórmulas lácteas si no son verdaderamente necesarias en los partos vaginales y podría evitarse en las cesáreas si las madres están con sus hijos las 24 h del día, ayudándolas a resolver los problemas que se les plantean sobre todo en la actualidad, en la que la tendencia es realizar anestesia epidural y con ello se favorece la secreción láctea.

Los porcentajes referentes a la exclusividad de leche materna al alta de maternidad son bajos comparados con otros estudios que ofrecen valores del 66%. Por tanto, si la información a los padres es la correcta en la maternidad, no parece adecuada la indicación al alta de fórmulas lácteas "por si acaso", ya que de alguna manera eso interfiere en la continuidad de la lactancia natural en los primeros meses de vida^(4,6,8,14,16,17). Se ha referido que el nivel de educación, nivel socioeconómico y trabajo materno pueden influir sobre la elección de la leche materna y la continuidad de ella. Estudios realizados muestran que el inicio de la alimentación y continuidad de la lactancia materna está en relación con los estudios de la madre (menor cuanto menor nivel de estudios) y también en algunos estudios refieren menor intención de alimentar a sus hijos con lactancia materna por la exigencia de trabajo materno después del parto. La información, como ya hemos hecho referencia, a los padres con una orientación de los patrones de alimentación puede modificar la actitud de las madres trabajadoras^(13,14,15,16).

BIBLIOGRAFÍA

- Pedraz C, De Hoyos MC, Salazar V. Mortalidad perinatal II: Estudio en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca. *Bol Scalp* 1984; **XXV**: 369-381
- Pedraz C, De Hoyos MC, Salazar V. Valoración del peso al nacimiento y su evolución neonatal. *Bol Scalp* 1984; **XXV**: 73-83.
- Pedraz C, Alindo P, De Hoyos C, Escribano R, Salazar, V. Estudio de los factores socio-culturales que influyen en la elección de lactancia natural. *Arch Pediatr* 1985; **36**: 469-477.
- Clements MS, Michelli EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RPK. Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Pediatr* 1987; **86**: 51-56.
- Gallart Catalá A. Infant feeding in our environment. A historical overview. En maternal and extrauterine nutritional factors. Their influence on fetal and infant growth. Madrid: Ergon, 1996; pags. 45-53.
- Morán Rey J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; **36**: 45-50.
- Hanfield B, Bell R. What are popular magazine telling young women about pregnancy, birth, breastfeeding and parenting?. *J Aust Coll Midwives* 1996; **9**: 10-14
- Temboury MC, Polanco I, Otero A, Tomas M, Ruiz F, Marcos MA. Importancia de las rutinas de maternidad en el éxito de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1992; **36**: 367-370.
- Dillon KM, Totten MC. Psychological factors, immunocompetence and health of breast-feeding mothes and thirs infants. *J Genet Psychol* 1989; **150**:155-162.
- Newman J. Decision tree and postpartum management for preventing dehydration in the breastfed baby. *J Human Lac* 1996; **12**: 129-135.
- Prieto CR, Cárdenas H, Salvatierra AM, Boza C, Montes CG. Sucking pressure and its relationship to milk trasfer during breastfeeding in human. *J Reprod Fertil* 1996; **108**: 69-74.
- Galle R. Breast feeding of term infants , three hours vs four hours non demand. A randomized controled reppraisal of hospital base feeding scedule. *Clin Pediatr* 1989; **28**: 458-460.
- Corbett-Doick P, Bezek SK. Breastfeeding promotion for the employed mother. *J Pediatr Health Care* 1997; **11**: 12-19.
- Hogh-Laukaran, Rustein SO, Peterson AE, Labbok MH. The use of breast milk substitutes in developing countries: the impact of women's employements. *Am J Public Health* 1996; **9**:1253-1240.
- Pande H, Unwin C, Haheim LL. Factors associated with the duration of beastfeeding: Analysis of the primary and secondary responders to a self completed questionnarie. *Acta Pediatr* 1997; **86**: 173-177.
- Mikiel-Kostyra K, Mazur J. Barriers in breast feeding. *Pediatr Pol* 1996; **7**: 629-631.
- Levitt CA, Kaczorowski J, Hanvey L, Avard D, Chance GW. Breast-feeding policies and practies in Canadian hospitals providing maternity car. *Can Med Assoc* 1996; **7**:181-185.