

Limitantes para la lactancia materna del recién nacido pretérmino hospitalizado

Limitations for breastfeeding newborn preterm hospitalized

Elvira Gama-Martínez,¹ Guillermina Romero-Quechol,² Héctor Jaime González-Cabello,³ Marilyn Martínez-Olivares²

¹Puerperio fisiológico y alojamiento conjunto 3° Sur, Hospital de Gineco Obstetricia 4, ²Unidad de Investigación Epidemiológica y Servicios de Salud, Coordinación de Investigación en Salud; ³Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal, México

Palabras clave:

Lactancia materna
Recién nacido
Cuidados intensivos
Hospitalización
Madres

Keywords:

Breast Feeding
Infant, Newborn
Intensive Care
Hospitalization
Mothers

Correspondencia:

Elvira Gama Martínez
Correo electrónico:
game_cis@yahoo.com.mx
Fecha de recepción:
10/12/2014
Fecha de dictamen:
11/02/2015
Fecha de aceptación:
24/06/2015

Resumen

Introducción: en el recién nacido hospitalizado se incrementa el riesgo de complicaciones e infecciones nosocomiales relacionadas con la hospitalización y el compromiso inmunológico, en esta condición la lactancia materna exclusiva puede ayudar disminuir la morbimortalidad durante este período.

Objetivo: describir las causas que limitan la lactancia materna del recién nacido pretérmino hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Metodología: estudio descriptivo, se aplicó un instrumento estructurado con cinco secciones, la 1 y 2 con datos generales y antecedentes patológicos de la madre-hijo; las secciones 3, 4 y 5 abordan aspectos de información y prácticas sobre lactancia materna y solicitud de leche; se realizó una entrevista cara a cara a 36 madres de 36 recién nacidos hospitalizados. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: el 52.8 % de los recién nacidos fueron prematuros y con alimentación el 50 % de ellos. En 68 % de los casos la principal limitante para la lactancia fue la información deficiente en la conservación y traslado de la leche materna al hospital.

Conclusiones: la deficiente información de las madres sobre la conservación y traslado de la leche materna está relacionado con la no extracción de leche, se recomienda el fortalecimiento de las estrategias de educación a las madres del recién nacido hospitalizado, para la extracción y conservación de la leche, así como de los beneficios que aporta al sistema inmunológico.

Abstract

Introduction: Hospital newborn complications and the risk of nosocomial infections related to hospitalization and increases immunocompromised, in this condition of exclusive breastfeeding can help reduce morbidity and mortality this critical period.

Objective: To describe the causes that limit breastfeeding newborn hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit.

Methodology: Descriptive study, a structured instrument with five sections, the 1 and 2 with general data and medical history of the mother-son was applied; Sections 3, 4 and 5 information, aspects of the practice of breastfeeding and milk demand; We face to face 36 to 36 mothers of newborns hospitalized interview was conducted. For data analysis Descriptive statistics were used.

Results: 52.8% of newborns are premature and supply 50% of them; the average maternal age was 27 years, engaged in household 83.3% and 52.7% higher average education. In 68% of cases the main constraint to breastfeeding was poor reporting on conservation and transfer of breast milk to the hospital, the low milk 20%, 8% and fatigue work 4%.

Conclusions: Poor mother's information on the conservation and transfer of breast milk is related to the non-extraction of milk, strengthening education strategies is recommended to mothers of newborn hospitalized for extraction and conservation Milk and on the benefits to immune support.

Introducción

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida incluye leche extraída o de nodriza, aunque permite que el recién nacido (RN) reciba únicamente suero de rehidratación oral, gotas y jarabes (vitaminas, minerales, medicinas).¹ El inicio temprano, en la primera hora de vida, protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal, el riesgo de muerte puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial. La lactancia materna es la fuente esencial de energía y nutrientes durante las enfermedades, reduce la mortalidad de los niños malnutridos y es la forma más sana de iniciar la vida del ser humano, es ideal por los beneficios nutricionales e inmunológicos, pues asegura un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad infantil, destacando la protección frente a las infecciones respiratorias y gastrointestinales, que se observan no solo en los países en desarrollo, sino también en los países industrializados.

La lactancia tiene tal importancia que permitiría salvar anualmente la vida de unos 800 000 menores de 5 años. En los países en los que la prevalencia en el retraso del crecimiento es muy alta, la promoción de la lactancia materna y de una alimentación complementaria adecuada podría evitar la muerte de unos 220 000 menores de 5 años.

Los beneficios en los recién nacidos son la mejora en la tolerancia a la alimentación y se observa en el prematuro alimentado con leche materna exclusiva una disminución del 77 % de la enterocolitis necrosante cuando se compara con lactantes alimentados de forma combinada con leche humana y fórmula de leche de vaca.

También se relaciona con una menor frecuencia en el retraso del crecimiento y en las discapacidades del desarrollo neurológico del prematuro.²⁻³

En las madres, contribuye a la salud y bienestar, promueve una rápida recuperación posparto, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, y ayuda a espaciar los embarazos. Los adultos que recibieron lactancia materna en la infancia suelen tener menor tensión arterial, concentraciones de colesterol más bajas y menos sobrepeso, obesidad y diabetes de tipo 2.²

La lactancia materna óptima de los lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1.4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo.

Los resultados de un estudio realizado en Ghana demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22 % de las muertes neonatales. Los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados.⁴

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reporta que solo el 38 % de los niños menores de seis meses de edad reciben leche materna exclusiva en los países en desarrollo y solo el 39 % de los niños de 20 a 23 meses de edad se benefician de la práctica de la lactancia materna.⁴ Así, la lactancia materna exclusiva y su duración, han disminuido notablemente desde la amplia introducción y promoción de diversos sucedáneos de la leche materna,⁵ esto aunado a la desconfianza de las madres en su capacidad para producir leche, así como de sentirse imposibilitadas para amamantar y trabajar, las cuales se acentúan por patrones de conducta existentes en las familias que practicaron la lactancia artificial, y que influyen negativamente en el actuar de las madres de los recién nacidos que requieren de este primordial alimento.

Ante ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, en colaboración con organismos internacionales, nacionales, gobiernos y sociedad civil, han desarrollado estrategias para fomentar, proteger y apoyar la lactancia materna.⁶ Así, la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, fue adoptada en 2002, a fin de reactivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, crecimiento y desarrollo, en la salud y en la propia supervivencia de los lactantes y niños pequeños. Esta estrategia se basa en iniciativas anteriores, en particular la Declaración de Innocenti y la Iniciativa “Hospitales amigos del niño”, que abordan las necesidades de todos los niños, incluidos los que viven en circunstancias difíciles, como los hijos de madres con VIH, los lactantes con insuficiencia ponderal al nacer y los que viven en situaciones de emergencia. Es el marco de orientación que la OMS utiliza para establecer prioridades en las actividades de investigación y desarrollo para proporcionar apoyo técnico a los países a fin de facilitar su aplicación.⁷

A pesar de que la lactancia materna es la intervención con mayor evidencia de eficacia para reducir la mortalidad neonatal, la duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses, cifra estable en la última década; el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses bajó del 2006 al 2012, de 22.3 a 14.5 %, y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad,

pasando de 36.9 a 18.5 %. Un 5 % adicional de niños menores de seis meses consumen fórmula, y aumentó el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua. Esto es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que nunca lactaron a sus hijos mencionan como razones, causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo previo y alrededor del parto para iniciar y establecer la lactancia.⁸

En México, las acciones y propuestas en protección, apoyo y promoción de la lactancia materna, han sido implementadas por la Secretaría de Salud, en coordinación con las instituciones de salud, y cada institución las ha adoptado de acuerdo a sus necesidades. En 1991 se creó formalmente el Comité Nacional de Lactancia Materna, que es la máxima instancia de coordinación de acciones para promover la lactancia natural, en ese mismo año se crea el comité institucional de la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Así, en 1993 se inicia la capacitación del personal a través de conferencias y cursos sobre lactancia materna y alojamiento conjunto.⁹

En 2006 se impulsaron las Clínicas de lactancia en hospitales infantiles y generales, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) que establecen disposiciones relativas a la lactancia materna, entre ellas la NOM-007-SSA2-2010 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido”, en la que se enfatiza la importancia de la lactancia materna exclusiva,¹⁰ y la NOM-043-SSA2-2012 “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria” que señala que la práctica de la lactancia materna está influenciada por el personal de salud y personas cercanas, y recomienda la lactancia materna indirecta, que es cuando la madre tiene que separarse de su hijo, o por razones médicas la lactancia artificial, para lo que se debe informar a la madre la preparación, estimulación y extracción, así como las medidas para el almacenamiento y conservación de la leche para que esta sea aprovechada para la nutrición del lactante.¹¹

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también ha implementado acciones importantes para fomentar la lactancia materna, pues se han certificado varios hospitales con el Programa Nacional Hospital Amigo del Niño y de la Madre integrando el alojamiento conjunto, así como la implementación del programa mama canguro, la instalación de bancos de leche materna y el control de los sucedáneos de la leche; ya que las condiciones de salud en los primeros años de vida impactan de manera

decisiva y en ocasiones, de forma permanente en el crecimiento y desarrollo hasta la edad adulta.

En una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), la práctica de la lactancia materna tiene aún mayores retos, ya que el recién nacido es separado de su madre y esta puede darse desde su nacimiento, en ocasiones por las condiciones de salud del recién nacido, en otras por el estado de salud materna, y no se descarta que el equipo de salud preste poca atención a la promoción de la lactancia, siendo que durante este período crítico, la leche materna es vital pues otorga el soporte inmunológico y coadyuva a disminuir la morbilidad.

Ante este panorama se decidió realizar el presente estudio con el objetivo de describir las causas que limitan la lactancia materna durante el proceso de hospitalización, con la finalidad de generar alternativas de cambio que beneficien la calidad de atención que brinda el profesional de salud al recién nacido.

Metodología

Estudio transversal descriptivo, durante el periodo de febrero-junio 2014, en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI, se elaboró el instrumento con 75 ítems validado por una ronda de expertos 3/3, se consideró como expertos a los profesionales de enfermería con grado de licenciatura, con más de 10 años de antigüedad laboral y 5 años como especialistas en pediatría, se aplicó la prueba estadística de alfa de Cronbach para su fiabilidad y se efectuó una prueba piloto a una población de características similares, para identificar si las preguntas eran claras, precisas, entendibles, lo que facilitó la realización de las modificaciones oportunas a la cédula y ayudó a determinar el tiempo de aplicación del instrumento, el cual está constituido por 5 secciones: 1) datos del recién nacido y antecedentes patológicos, 2) datos sociodemográficos de la madre, antecedentes gineco-obstétricos y patológicos, 3) información recibida sobre lactancia materna, 4) práctica de lactancia materna y 5) solicitud de extracción de leche por el profesional de UCIN; las preguntas fueron precodificadas, dicotómicas y abiertas.

Se aplicó muestreo por conveniencia mediante el filtro de la libreta de ingresos y egresos de los recién nacidos en UCIN, y se entrevistó a todas las madres que estuvieron durante el transcurso del trabajo de campo (de abril a mayo de 2014). La entrevista fue realizada por el respon-

Cuadro I. Características de las madres de recién nacidos hospitalizados (n = 36)

Características	Frecuencia	%
Edad materna		
< 20 años	4	11.1
20-35 años	26	72.2
> 35 años	6	16.7
Escolaridad		
Primaria	1	2.8
Secundaria	6	16.7
Preparatoria	16	44.4
Carrera técnica	3	8.3
Licenciatura	10	27.8
Estatus familiar		
Unión libre	13	36.1
Madre soltera	1	2.8
Ocupación		
Hogar	30	83.3
Empleada	4	11.2
Estudiante	2	5.6

sable de la investigación, aplicando la técnica cara a cara, se le abordó durante su estancia en la sala de espera, respetando los criterios éticos de la Declaración de Helsinki, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, solicitando su participación e informando el objetivo del estudio de forma verbal y por escrito, a través de la carta de consentimiento informado, especificando que conservaba el derecho a retirarse en el momento que lo considerará conveniente, sin que ello afectará sus derechos en la institución, se hizo énfasis en que la información proporcionada sería confidencial y con fines estadísticos.

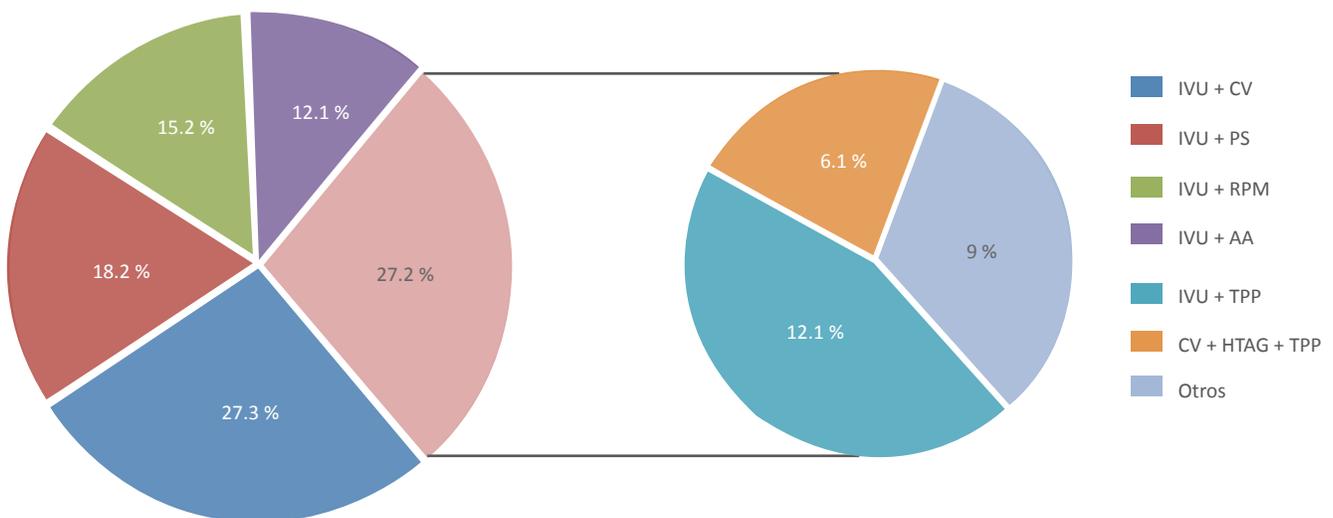
Las variables del estudio y la condición de salud del recién nacido se obtuvieron del expediente clínico y se corroboraron los antecedentes patológicos y gineco-obs-tétricos maternos en el mismo.

Se utilizó estadística descriptiva, para el análisis de la información se capturaron los datos en el paquete estadístico SPSS versión 21 y se realizaron cuadros de frecuencias simples, porcentajes y gráficas.

Resultados

De un total de 36 madres, se identificó que 72.2 % están en edad reproductiva de bajo riesgo, tienen entre 20 a 35 años y cuentan con escolaridad media superior y superior en 44.4 y 27.8 % respectivamente, radican en el Distrito

Figura 1. Complicaciones de la madre durante el embarazo (n = 33)



IVU= Infección de Vías Urinarias; CV= Cervicovaginitis; PS= Preeclampsia severa; RPM= Ruptura prematura de membranas; AA= Amenaza de aborto; TPP= Trabajo de parto prematuro; HTAG= Hipertensión arterial gestacional; Otros= Diabetes gestacional, Polihidramnios y Bradicardia

Cuadro II. Características de los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (n = 36)

Características	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	18	50
Masculino	18	50
Edad del recién nacido (días)		
< 29	23	63.9
29-60	6	16.7
61-90	4	11.1
> 91	3	8.3
Clasificación según edad gestacional		
RN inmaduro (21-27 semanas y peso de 0.5 a <1 kg)	7	19.4
RN prematuro (28-37 semanas y peso de 1 a 2.5 kg)	19	52.8
RN de término (38-41 semanas Y peso ≥ 2.5 kg)	10	27.8
Peso		
< a 1 Kg	5	13.9
de 1 a 2.5 Kg	14	39.9
< 2.5 Kg	17	47.2
Tiempo de estancia hospitalaria (días)		
0 – 7	23	63.9
8 - 28	6	16.7
29 - 60	5	13.9
> 60	2	5.6
Promedio	12.5	
Motivo de ingreso por especialidad		
Cardiología	14	38.9
Gastroenterología	10	27.8
Neumología	7	19.4
Genopatía	4	11.1
Neurología	1	2.8

Federal 58.3 % y 41.7 % son foráneas; cabe señalar que 11.1 % de las madres visitan al RN solo una vez al día por causas atribuibles a la madre y no al reglamento hospitalario (cuadro I).

Al explorar los antecedentes gineco-obstétricos y patológicos, se identificó que en el 58.3 % de las madres era su primer hijo, en 30.6 % era el segundo, y en 11.1 % era el tercer hijo o más. El 38.9 % de las madres había tenido experiencia amamantando a un hijo anterior, en periodos de 0-3 meses el 35.7 %, de 3-6 meses el 28.6 %, de 6 -12 meses el 28.6 %, y más de un año el 7.1 %.

Las complicaciones durante el embarazo se presentaron en el 91.7 % de las madres, la infección de vías

urinarias (IVU) se presentó en 84 % de los casos acompañada de otras complicaciones como la cervicovaginitis (CV) 27.3 %, la preeclampsia severa (PS) 18.2%, la ruptura prematura de membranas (RPM) 15.2 %, la amenaza de aborto (AA) y el trabajo de parto prematuro (TPP) 12.1 %, respectivamente; la combinación de hipertensión gestacional (HTAG) + CV + TPP se presentó en el 6.1 %, y la diabetes gestacional, polihidramnios y bradicardia sumaron el 9 % (figura 1). La obtención del producto por cesárea fue en el 80.6 % de los casos.

La mayoría de los recién nacidos (63.9 %) tenía de 0-7 días de estancia hospitalaria, en promedio 12.5 días, por edad gestacional el 52.8 % fueron prematuros con una edad < a 29 días en 63.9 % de los casos. Entre los principales motivos de ingreso por especialidad están: cardiología 38.9 %, gastroenterología 27.8 %, neumología 19.4 %, genopatía 11.1 % y neurología 2.8 % (cuadro II).

El 52.8 % de los recién nacidos tenían tratamiento quirúrgico, de los cuales el 57.9 % fue a nivel gastrointestinal, 26.3 % cardiológico, y 15.8 % nivel neurológico, nefrológico y cirugía plástica; con apoyo ventilatorio el 50 %, oxigenoterapia 27.8 % y ambiente 22.2 %. De la mitad de los recién nacidos que recibían alimentación enteral u oral, el 66.7 % tenía alimentación mixta (leche materna y fórmula), solo fórmula 27.8 %, y leche materna exclusiva 5.5 %; la vía de alimentación predominante fue por sonda orogástrica en 77.8 % de los RN y por biberón (succión) en 16.6 %; entre los motivos de ayuno en los RN están: el periodo postoperatorio en 33.3 %, las alteraciones del patrón respiratorio y hemodinámico en 27.8 y 22.2 % respectivamente, y por estudios de diagnóstico y en espera de cirugía el 11.1 %.

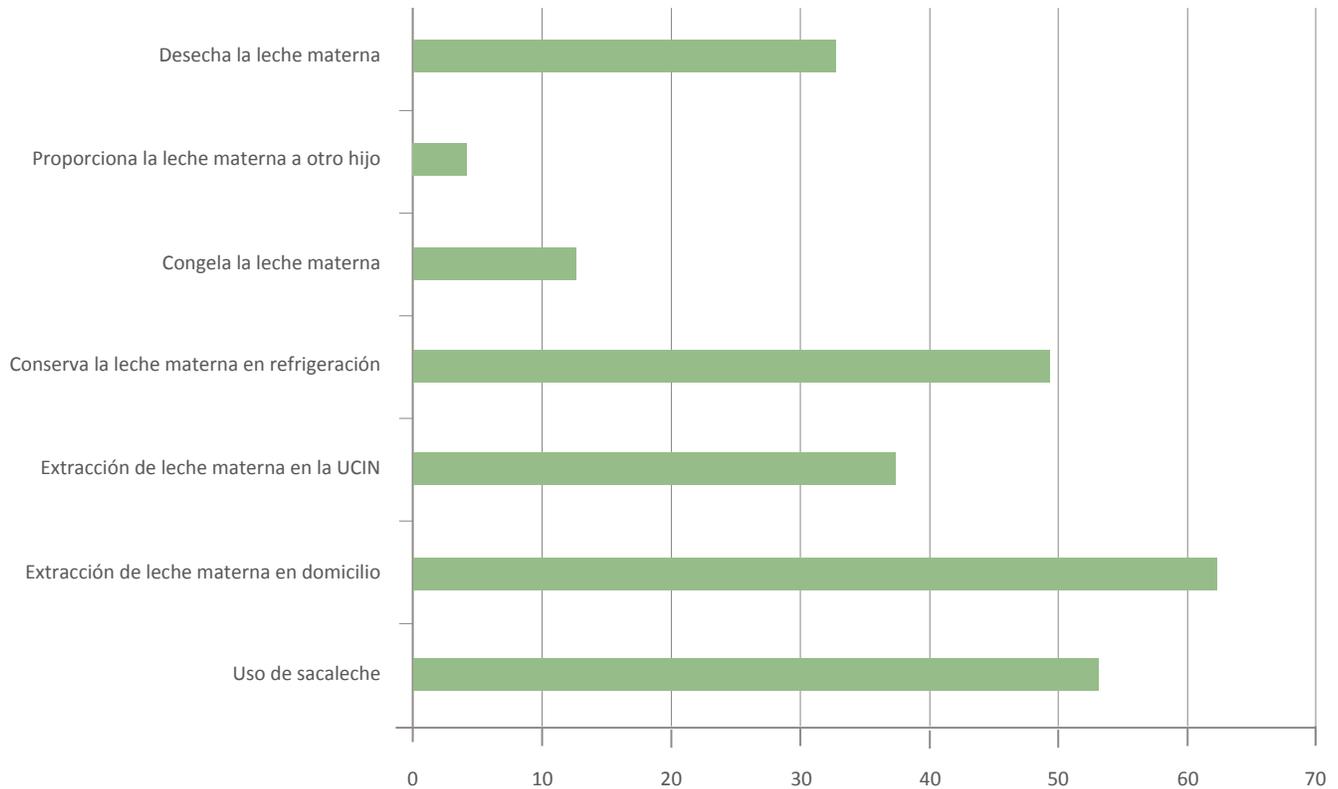
Respecto a las prácticas de las madres en el uso y conservación de la leche materna, el 54 % usa el sacaleche para su extracción, el 62.5 % lo realiza en su domicilio y el 37.5 % lo hace en la UCIN; el 50 % la conserva en refrigeración y el 33 % la desecha (figura 2).

Entre los motivos referidos por las madres que limitaron la extracción de leche materna predominó la poca o nula producción de leche en 67 %, el cansancio en 17 % y por trabajo y estado de ayuno del recién nacido en 8 % respectivamente (figura 3).

La solicitud de leche a las madres se realizó con prescripción médica de alimentación enteral u oral en el 72.2 % de ellos, el personal de enfermería la solicitó en 44.4 % de las veces y el personal médico en 27.8 %.

Durante la entrevista, el 4.2 % de las madres solicitaron información sobre cómo mejorar la extracción de leche de

Figura 2. Prácticas de la madre en el uso y conservación de la leche materna (n = 24)



LM = Leche materna

UCIN = Unidad de cuidados intensivos neonatales

forma manual y ayuda para producir mayor cantidad de leche el 20.8 %, así como para la conservación de la leche materna el 70.8 % (congelación, descongelación y traslado). Una necesidad especial fue sobre cómo amamantar al recién nacido con labio y paladar fisurado en el 4.2 %.

Discusión

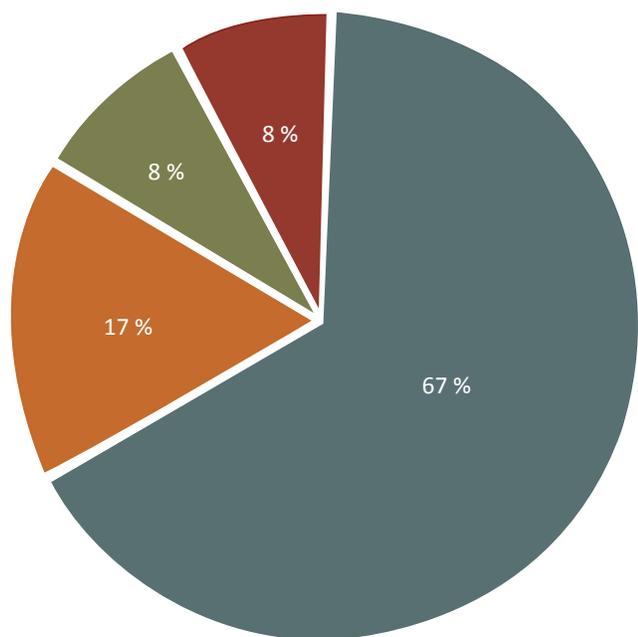
En cuanto a la ocupación materna, se reporta que el trabajo de la madre es la causa de mayor frecuencia para la no lactancia,^{12,13} los resultados reflejan que el 10 % de las madres que trabajan fuera de casa no tienen un motivo para no extraerse la leche, es más atribuible a problemas en la producción de la misma.

Se identificó una posible relación entre la escolaridad y la práctica de la lactancia materna, en este estudio tres cuartas partes de las madres entrevistadas reportaron un nivel de escolaridad medio superior y superior, en las cuales se observó mejor práctica de lactancia materna, resultado similar al de otros estudios;^{14,15} el hallazgo de

que a mayor nivel académico, mayor compromiso con la práctica de la lactancia materna, se contrapone con la hipótesis de que a mayor nivel de estudios de la madre se incrementan las actividades u ocupaciones, lo cual es el principal motivo de abandono de la lactancia.^{13,16} En el presente estudio, las madres tenían pareja, resultado similar a lo reportado por Camargo,¹⁷ en el cual la mayoría de las madres conviven con el padre del menor; lo anterior puede explicar el hecho de que más del 80 % de las madres se dedicasen al hogar y contaban con su pareja como proveedor económico, lo que les permitía disponer de tiempo para dedicarlo a su hijo.

La referencia de las madres en cuanto a la deficiente información sobre lactancia materna coincide con el estudio realizado por Félix Valenzuela,¹⁸ en dicho estudio cerca de la mitad de las madres refirió de forma específica la información sobre los beneficios de la lactancia, que aunque puede deberse a sesgo de recuerdo, las madres sí referían saber que era importante alimentar a su hijo con leche materna.

Figura 3. Motivos referidos por la madre que limitaron la extracción de leche materna (n = 12)



Poca o nula producción de LM
 Trabajo

Cansancio
 Estado de ayuno del RN

LM = Leche Materna
RN = Recién Nacido

Es relevante en este estudio el que cerca de una quinta parte de las madres refiera no haber recibido información sobre lactancia materna, aun así en este estudio las madres se extraían la leche, pero se esperaba que contaran con mayor información por haber acudido a la atención prenatal y perinatal; prácticamente la mitad de las madres tenían deficiencia en conocimientos sobre estimulación, manejo de conservación y traslado de la leche, lo preocupante fue que una tercera parte de quién se extraía la leche la desechaba y quién la conservaba no lo hacía de la forma adecuada, lo que no permitió disponer de ella al iniciar la vía enteral del recién nacido, estos resultados hacen necesario enfatizar el tema durante el embarazo, el puerperio y al quedar hospitalizado el recién nacido.¹⁷

En el presente estudio el hecho de que más de tres cuartas partes de las madres hayan sido intervenidas quirúrgicamente por cesárea y el ser primípara no fueron factores limitantes para la extracción de la leche, en contraste con lo referido por Niño,¹⁶ es posible que para algunas

madres, al no poder amamantar al recién nacido por ayuno en los primeros días, la alternativa fuera la extracción y conservación de la leche, para posteriormente integrarse a las visitas del recién nacido en el hospital.

Lo anterior apoya que una experiencia de lactancia exitosa previa se asocia a una lactancia materna exclusiva, una respuesta posible es que la madre se sienta motivada al saber a su hijo enfermo o que las madres de otros recién nacidos hospitalizados las apoyen y conforten; así como la posibilidad de que el personal de enfermería apoye a la extracción de leche.

La información a nivel nacional sobre causas de abandono de lactancia materna es escasa en un hospital de tercer nivel, la existente es de hospitales donde el recién nacido egresa con la madre. El principal aporte de este estudio es haberlo realizado en el recién nacido que por su estado de salud es separado de su madre, en quienes el reto de ser alimentado con leche materna es mayor.

Conclusiones

El estado de salud del RN y el tiempo de estancia hospitalaria pueden ser factores que limiten la lactancia materna, ya que de las madres que no se extraían la leche, la mitad de ellas sus hijos ingresaron a los ocho o más días de vida extrauterina y el resto tenían más de 25 días. Es necesario ampliar el tamaño de la muestra para analizar a detalle estos resultados.

El cansancio no había sido reportado como motivo de abandono de la lactancia materna, las respuestas pueden ser variadas y de diversos abordajes y enfoques, solo como ejemplos, algunos factores a considerar son: el estado de salud y edad del recién nacido, el tiempo de ayuno, el agotamiento de la madre por trámites administrativos, las citas a la UCIN, el acompañamiento y espera de la madre durante los estudios o procedimientos quirúrgicos del RN, las visitas dos veces al día, las actividades del hogar, la alimentación y períodos de sueño de la madre durante este proceso.

En este estudio se identificaron algunas limitantes para promover y fomentar la lactancia materna, por una parte las que tienen que ver con las condiciones de salud del recién nacido y por la otra, la cultura del uso del biberón y alimentación con sucedáneos de leche materna del personal de salud. Significativamente, es un área de oportunidad para intervenir con estrategias educativas que posibiliten un cambio de cultura en el personal de salud y una intervención educativa oportuna a las madres de los recién nacidos que ingresan a la UCIN.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante pequeño y del niño. Parte 1 Definiciones. [En línea] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf [Consultado 16/02/14].
2. OMSS. Centro de prensa, Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva No. 342. Febrero de 2014. [En línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/> [Consultado 16/02/14].
3. Documento Oficial de la Academia Americana de Pediatría de los Estados Unidos de América. Sección de Lactancia. Lactancia materna y alimentación con leche humana Pediatrics on line February 2012. [En línea] <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552> [Consultado el 19/02/14].
4. UNICEF. Nutrición. Lactancia materna. [En línea] http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html [Consultado 16/02/14].
5. OMSS. Programas y proyectos. Puesta en práctica de la iniciativa "Hospitales amigos del niño". [En línea] http://www.who.int/elena/bbc/implementation_bfhi/es/ [Consultado 19/02/14].
6. UNICEF. Lactancia materna, algunos recuentos de la histórica. [En línea] <http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.htm> [Consultado 19/02/14].
7. OMSS: Programas y proyectos. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [En línea] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/es/ [Consultado el 07/03/14].
8. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. [En línea] <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPraLactancia.pdf> [Consultado el 25/02/14].
9. Experiencia vivida del personal iniciador de Hospital Amigo en Hospital General de Fresnillo. [En línea] <intranet.saludzac.gob.mx/.../experiencia%20Dr.%20Burciaga.docx> [Consultado el 09/03/14].
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, correspondiente a la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio". [En línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> [Consultado 01/03/14].
11. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. [En línea] http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013 [Consultado 01/03/14].
12. Suazo de León HG. Causas de abandono de lactancia materna en un Hospital tercer nivel. *Pediatría de México* 2010;12(1):29-32.
13. López B, Martínez L, Zapata N, Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *España Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(1):117-126.
14. González IA, Huespe-Auchter MS, Auchter MC, Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Argentina Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 2008 N° 177.
15. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría (Barc)*. 2014;80(1):6-15.
16. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Chile. Rev Chil Pediatr* 2012; 83 (2): 161-169.
17. Camargo-Figueroa FA, Latorre-Latorre JF, Porras-Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Colombia. Hacia la Promoción de la Salud*2011; 16(1):56-72.
18. Félix-Valenzuela JA, Martínez-Caldera E, Sotelo-Ham El. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México* 2011; 13(2).

Cómo citar este artículo:

Gama-Martínez E, Romero-Quechol G, González-Cabello HJ, Martínez-Olivares M. Limitantes para la lactancia materna del recién nacido pretérmino hospitalizado. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(1):19-26.