

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"**

LA LACTANCIA MATERNA EN PROFESIONALES SANITARIAS

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
"GRADO EN ENFERMERÍA"**

Presentado por:

Laura Aznar Gómez

Tutor/a:

Dr. César Victoria Gomis

Valencia, a 7 de mayo de 2019

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y entorno más cercano, por su cariño y apoyo incondicional.

A mi tutor César, por su gran ayuda y dedicación en el proyecto.

Al hospital de Sagunto por permitirme llevar a cabo este estudio.

A todas las profesionales sanitarias que han dedicado unos minutos de su vida para que esta investigación se haya podido llevar a cabo.

FUNDAMENTO

La lactancia materna es el mejor alimento que el recién nacido puede tomar. Son múltiples los beneficios que produce, tanto fisiológicos como psicológicos, además de un gran ahorro económico.

HIPÓTESIS

Hay una gran proporción de mujeres sanitarias que dan lactancia materna y que la recomiendan

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo principal del estudio es averiguar la proporción de mujeres que trabajan en el sector de la salud que amamantaron a sus hijos. Como objetivos secundarios queremos analizar cuál es el grupo sanitario que en mayor proporción dio de mamar a sus hijos, estudiar también cuales fueron las causas principales de abandono de la lactancia y averiguar que grupo sanitario estaría más interesado en inscribirse a cursos de fomento de la lactancia.

RESULTADOS

La prevalencia de las mujeres que trabajan en el sector sanitario y dieron de mamar fue de un 80%. Las médicas fueron el grupo sanitario que con mayor frecuencia amamantó a sus hijos, el 31% lo hizo durante más de 12 meses. Las enfermeras fueron el grupo más interesado en inscribirse a los cursos de fomento (74%).

CONCLUSIONES

Hay una gran frecuencia de mujeres sanitarias dispuestas a dar de mamar a sus hijos, pero la frecuencia todavía queda alejada de los objetivos deseables por la OMS. El trabajo es el primer factor que influye en la suspensión de la lactancia, por lo que debemos ser los y las profesionales sanitarios los que promovamos la lactancia, pero además debemos de estar respaldados por las instituciones más importantes para aumentar la prevalencia de la lactancia materna.

PALABRAS CLAVE: Beneficios de la lactancia, apoyo a la lactancia, embarazo, lactancia artificial (LA), lactancia materna (LM), prevalencia.

BASIS

Breast milk is the best food for the newborn. The benefits are many, from physiologic to psychologic ones. Besides it is a good way to save money.

HYPOTHESIS

There is a big number of sanitary women who breastfeed their children and who recommend it.

OBJECTIVES OF THE STUDY

The main objective is to find out the number of women working in the health department who breastfed their children. As second objectives we want to analyse which sanitary group most breastfed their children. Also we want to study the main reasons of letting down breastfeeding and find out which sanitary group is the most interested in joining a breastfeeding course.

RESULTS

The number of women who work in the health department and breastfed their children was 80%. The doctors were the group who breastfed their children for a longer period of time, 31% of them did it for more than 12 months. The nurses were the sanitary group who was the most interested in joining a breastfeeding course (74%).

CONCLUSIONS

There is a huge number of sanitary women who wants to give breast milk to their children but that number is still far away from the objectives that the OMS recommends.

Working is the first reason for letting down breastfeeding. For that reason we need to be the ones who encourage and promote breastfeeding. In the same way, we also need to be supported by the most important organisation, in order to increase the prevalence of breastfeeding.

KEY WORDS: Benefits of breastfeeding, breastfeeding support, pregnancy, artificial lactation, breastfeeding, prevalence.

Índice

<i>Índice de gráficos</i>	6
1. <i>Introducción</i>	7
2. <i>Hipótesis</i>	12
3. <i>Objetivos</i>	12
4. <i>Material y métodos</i>	13
4.1 <i>Diseño</i>	13
4.2 <i>Muestra</i>	13
4.3 <i>Criterios de inclusión</i>	13
4.4 <i>Criterios de exclusión</i>	13
4.5 <i>Variables a estudio</i>	14
4.6 <i>Instrumentos de medida</i>	14
4.7 <i>Consideraciones éticas</i>	14
5. <i>Resultados</i>	15
6. <i>Discusión de los resultados</i>	37
7. <i>Conclusiones</i>	39
8. <i>Bibliografía</i>	40
9. <i>Anexos</i>	43
9.1 <i>Anexo 1. Cuestionario</i>	43
9.2 <i>Anexo 2. Consentimiento informado</i>	45

Índice de tablas

Tabla 1: Edad de las mujeres sanitarias encuestadas y media.	16
---	----

Índice de gráficos

Gráfico 1: Grupo sanitario al que pertenecen las mujeres encuestadas.	15
Gráfico 2: Distribución de las mujeres sanitarias por grupos de edad.	16
Gráfico 3: Porcentaje total de LM en las mujeres encuestadas.	17
Gráfico 4: Tiempo de duración de LM agrupada en distintos rangos.	18
Gráfico 5: Recomendación de la OMS respecto a la LM y superación o no en nuestras encuestadas.	19
Gráfico 6: Causas de abandono de la LM.	20
Gráfico 7: Porcentaje total de mujeres encuestadas que creen que tienen conocimientos para recomendar la LM.	21
Gráfico 8: Porcentaje total de mujeres que se inscribirían a cursos de fomento de la LM.	22
Gráfico 9: Trabajo por turnos en el momento del embarazo.	23
Gráfico 10: Influencia del trabajo por turnos a la hora de abandonar la LM precozmente.	24
Gráfico 11: Utilización de recursos en el lugar de trabajo para prolongar la LM.	25
Gráfico 12: Porcentaje de mujeres que recomendaría la LM.	26
Gráfico 13: Número de mujeres que recomendaron la LM y número de mujeres que dieron LM.	27
Gráfico 14: Relación entre paridad y LM.	28
Gráfico 15: Tiempo de LM agrupado en distintos rangos en cada grupo sanitario.	29
Gráfico 16: Porcentaje de inscripción a cursos de fomento agrupado en los distintos grupos sanitarios.	30
Gráfico 17: Tiempo de LM al trabajar por turnos.	31
Gráfico 18: Causas de abandono en enfermeras.	32
Gráfico 19: Causas de abandono en médicas.	32
Gráfico 20: Causas de abandono en celadoras.	33
Gráfico 21: Causas de abandono en auxiliares.	33
Gráfico 22: Causas de abandono de LM trabajando por turnos.	34
Gráfico 23: Causas de abandono de LM al no trabajar por turnos.	35
Gráfico 24: Utilización de los recursos entre las mujeres que trabajan por turnos.	36
Gráfico 25: Utilización de los recursos entre las mujeres que no trabajan por turnos. ...	36

1. Introducción

La lactancia materna (en adelante, LM) proporciona nutrientes de elevada calidad para el bebé. Contiene todo lo que el bebé necesita y se adapta a sus necesidades. Su composición va variando según la edad gestacional. El calostro, que se produce durante los primeros 5 días siguientes al parto, contiene más minerales y proteínas, pero menos grasas y azúcares que la leche materna y además es rico en inmunoglobulina A, que ofrece al recién nacido protección ante patógenos entéricos. Seguidamente, se produce la leche transicional en la cual hay, en relación con el calostro, una disminución de la concentración de inmunoglobulinas y proteínas e incrementa la de lactosa y grasas. Finalmente, la definitiva que tiene una mayor concentración de lípidos. Toda ella puede llegar a proporcionar un tercio de la energía y proteínas que necesita un niño hasta el segundo año de vida.¹

La OMS recomienda que las madres inicien la LM en la hora siguiente al parto y que la lactancia sea exclusivamente materna en los primeros 6 meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos, y que debe continuar hasta los 2 años o más². En muchos estudios se ha podido evidenciar la importancia de la lactancia materna, desde tiempos remotos hasta el día de hoy.

Las costumbres y prácticas relacionadas con la LM varían bastante según el contexto sociohistórico. Antiguamente, se llegó a creer que el color amarillento del calostro estaba relacionado con la ictericia del recién nacido y sin ir más lejos, hasta los años 80 del siglo XX en España, cuando nacía el bebé se le separaba de la madre durante un par de horas para que ambos descansasen³. Por suerte para nosotros, hoy en día, no es así.

Son numerosas las ventajas que se obtienen al ponerla en práctica. Un estudio retrospectivo realizado en niños y adolescentes de Madrid analizó qué tipo de alimentación llevaron estos niños durante los primeros 3 meses de vida determinando así que el síndrome metabólico completo predominaba en aquellos que habían recibido lactancia artificial (en adelante, LA).⁴ Relacionadas con la obesidad infantil, también se ha podido comprobar que las mujeres que han amamantado a sus hijos como mínimo 3 meses, en la adolescencia, estos niños tienen menor grado de obesidad. Un resultado de gran importancia ya que en España entre los 2 y 24 años existe un 12,4% de obesidad y esto a la larga deriva en un importante problema de salud pública⁵.

La inmunoglobulina A se produce en las células B de la glándula mamaria. Se confirmó que a mayor concentración de IgAs disminuye la enfermedad de los lactantes y por ello, podemos considerarla como un biomarcador de que el niño está sano.¹ El asma y las alergias infantiles son ejemplos de enfermedades más frecuentes en los niños alimentados con LA.

Se ha visto ampliamente relacionada la puesta en práctica con la enfermedad diarreica del lactante, pues es una de las tres primeras causas de muerte en los países en desarrollo. Un

estudio en Filipinas demostró que los niños con lactancia artificial tenían hasta un riesgo de sufrirla 17 veces mayor que los que recibían lactancia materna⁶. Otro estudio realizado en México concluyó diciendo que la LM confiere una protección que aumenta aún más en condiciones donde el saneamiento es escaso⁷.

Otro de los grandes beneficios de la LM es la prevención del cáncer de mama. Un estudio realizado en Granada afirmó que la prevención se debe a que durante el proceso de lactancia se excretan agentes cancerígenos a través del tejido mamario y que ésta va ligada a la duración de la LM. Por cada 12 meses, el riesgo disminuye un 4,3% y un 7% por cada bebé amamantado⁸. Datos que volvieron a ser confirmados por otro estudio realizado en Granada⁹.

No solo podemos beneficiarnos fisiológicamente, los beneficios psicológicos también entran en juego al ponerla en práctica; tanto para la madre como para el niño. Según Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R *“la oxitocina ha demostrado tener un efecto significativo antiestrés y ansiolítico, efectos fundamentales para el inicio de la lactancia materna y el establecimiento inicial del vínculo materno-filial”* afirman también estos autores que las madres que dan LM, tienen una relación más empática con su bebé a la larga¹⁰

El personal sanitario dispone de mayores conocimientos sobre las propiedades de la lactancia materna que la población en general, pero ¿es más alta la prevalencia de la LM entre el personal relacionado con la sanidad?

Respecto a la situación de la LM a nivel nacional, hay una generalización a nivel de tiempo de duración. Unos 4 meses y medio es la cifra en la que la mayoría de los estudios coinciden^{11 12 13}. Podemos ver también una concordancia en el motivo de abandono, siendo la decisión materna y la hipogalactia las principales razones^{11 14}. Cabe destacar que todos los profesionales sanitarios coinciden en que la tasa de LM debería ser superior y que se debería fomentar más mediante campañas y un seguimiento adecuado para evitar el abandono¹⁵.

Como veníamos diciendo, para los profesionales sanitarios, las campañas y los seguimientos de LM son muy importantes. Es por ello por lo que muchos estudios se centran en maneras de prolongarla o de sacarle más partido. En New Jersey se analizó cuales eran los recursos más utilizados en las empresas para ayudar a prolongarla. Se vio que destacaban tres. El más utilizado fueron las salas de lactancia, en segundo lugar, los descansos para poder sacar la leche y en tercer lugar los programas de soporte de la lactancia. La conclusión fue interesante: sí que es posible mantener la LM una vez se vuelve al trabajo, pero son las empresas las que deben de poner distintas ayudas para poder realizarlo.¹⁶

Los padres también son una buena ayuda para la prolongación. En Taiwán se hizo un estudio en una compañía que disponía de las salas de lactancia que hemos comentado

anteriormente. Se entrevistó a las madres y se llegó a la conclusión de que además de los recursos que disponían, la ayuda y el soporte que proporcionaban los padres era de gran ayuda, por ello es bueno que se les incluya en la educación prenatal¹⁷.

En Canadá, en un estudio que reunía a 107 madres y 107 padres se les dio ciertas medidas de soporte que incluían folletos con información, consultas en el propio hospital, DVD's y llamadas telefónicas a las 2 semanas postparto para ver si había algún problema hasta el momento con la LM. Las charlas en el hospital y los folletos fueron los que más gustaron¹⁸.

Un recurso que también podría ayudar al fomento y a la prolongación serían las clínicas de LM en domicilio. En Chile son comunes en mujeres que pertenecen al sector privado de salud ya que en el sector público es algo que suelen hacer en los CAP como aquí en España. Los beneficios son múltiples, la atención a la madre y a la familia es individualizada y en su entorno familiar por lo que se está más relajado. En el perfil de las madres que suelen solicitar éste recurso se incluyen las madres que tienen dificultad, las que están en etapa de gestación, madres con partos múltiples y un perfil especialmente curioso es el de la madre con hijo adoptivo al cual quiere inducirle la LM¹⁹: No está en nuestras manos la implantación de estos recursos, pero serían de gran ayuda. No a todo el mundo, ya que supondría un gasto enorme y como en todo, mucha gente se aprovecharía de ello. Pero sí a las personas que cumplan los requisitos que ellos consideren oportunos.

Hemos podido comprobar que, a las madres, cuando les van a dar el alta y muestran sus dudas, en ellas predominan dudas sobre la LM lo que nos deja ver que lo que se enseña en las clases de preparación al parto no es suficiente²⁰, también que la ayuda por parte de las abuelas es un gran apoyo²¹.

Según P. Martínez-Galán, E. Martín-Gallardo et.al *“la educación materna se debe realizar por parte de las matronas en la primera visita de control prenatal; es ideal realizarla en la visita preconcepcional, prestando especial atención a las mujeres con menor nivel sociocultural. La inclusión y participación de las mujeres gestantes en espacios donde se practique la LM satisfactoria ayuda al inicio y mantenimiento de la LM, así como a la distribución de guías sencillas para resolver las dudas y complicaciones de los primeros días”*²².

Hallamos otro estudio que reitera todo lo anterior. La LM tiene que ser considerada un problema de salud que requiere inversión social. En esta revisión realizada en 2017, obtienen como conclusión que en los países donde se implican en mejorar las tasas de LM con políticas y no solo individualmente obtienen bastante éxito²³.

Por todo lo revisado en lo que respecta al fomento y a la prolongación de la LM podemos ver que coincidimos con lo que dicen los demás estudios, se debe incidir desde todos los

ámbitos a promover una buena lactancia materna tanto en tiempo como en calidad. No solo es deber de la madre y de los familiares implicados. Los profesionales sanitarios jugamos un importante papel en ello. Los que están especializados y los que no. Tanto médicos, enfermeros y matronas debemos estar apoyando y solventando dudas que puedan ir surgiendo desde que se inicia la búsqueda del bebé hasta que éste crece²⁴. En las clases de preparación al parto se habla sobre el tema, pero no lo suficiente y en muchas ocasiones las visitas al médico son de tal brevedad, que no da tiempo a que se comenten las dudas que le puedan surgir a la madre. Desde aquí creemos que la implantación de sistemas como todos los que hemos comentado, aumentarían la prevalencia de la LM y su calidad, pero es algo que no depende de nosotros.

Los gobiernos y las instituciones más importantes son las que deberían incidir en estas propuestas de mejora ya que a la larga, es un beneficio para todos y aunque se crea que es un gasto promover la lactancia, es mucho mayor el gasto que se puede producir en un futuro cuando el bebé que no ha recibido LM o la ha recibido pero el tiempo inferior a lo recomendado, comience a tener problemas de salud.

Nuestras compañeras M.Pérez Bravo, A.Moreno Hernández dijeron en un artículo publicado en 2017 *“los resultados hallados refuerzan nuestro planteamiento teórico sobre la lactancia materna como un proceso que entremezcla lo biológico, lo psicológico y lo social”*²⁵.

La visión social de la LM es algo que también influye en su prolongación. En la sociedad actual, está “mal visto” que sigas dando leche materna a tu hijo cuando tiene una edad más avanzada. Sin embargo, en las sociedades donde las leches artificiales no han llegado aún, siguen dando LM hasta los tres o incluso los cuatro años de edad. Se ha visto que en poblaciones esquimales llegan incluso hasta los siete años²⁶. En Canadá, un país desarrollado, realizaron una encuesta telefónica en la que solamente un 75% de las personas encuestadas dijeron que aceptaban el dar LM en lugares como restaurantes y centros comerciales. Lo más sorprendente es que fueron mujeres que llevaban ya más de 15 años viviendo allí las que no aceptaban la LM en centros comerciales²⁷.

Otra investigación realizada en China obtenía mejores resultados en la misma situación, pues un 90% de las personas encuestadas estaban de acuerdo en dar LM en público y no solo eso, sino que también decían que en las clases de preparación al parto o similares deben de ir incluidas, además de las técnica de amamantamiento y los beneficios de la lactancia, políticas sociales que apoyen la LM en lugares públicos²⁸. Sorprendentemente, todo lo contrario, ocurrió en un estudio realizado en Nueva York en 2014, en una ciudad “abierta” con gente procedente de multitud de lugares diferentes, un 50,4% de las personas que accedieron a responder a una encuesta realizada telefónicamente dijeron que no estaba bien visto dar LM en lugares públicos²⁹. Actualmente con toda la tecnología que hay a nuestra disposición hemos visto que existen herramientas como aplicaciones para compartir y evaluar lugares donde dar LM³⁰.

Realmente las sociedades desarrolladas tienen un “retraso” en este tipo de cosas. Damos por sentado que en lugares como Canadá y EE. UU. va todo mejor que en sociedades en desarrollo, pero realmente ¿No creéis que nos llevan ventaja? El no disponer de tantos recursos y de las leches artificiales hacen que ni se planteen el dejar de dar el pecho llegando así a no cumplir, sino a superar los requisitos propuestos por la OMS.

La LM es algo que beneficia en todos los aspectos. Hay que aumentar la prevalencia e incidencia desde todos los ámbitos posibles. Tanto los que están en nuestras manos como los que no. Se tiene que implicar tanto a la madre como al padre y desde el momento en que deciden buscar al futuro bebé. Hay que incidir en el ámbito sanitario y además hay que promover políticas para que se deje de ver la LM en público como algo “extraño”.

Las profesionales sanitarias son una parte fundamental en la LM; pues son las que están más cerca de la familia para resolver dudas y para inducirles en una buena educación prenatal. Desde aquí creemos que es bueno saber si ellas, además de proporcionar los conocimientos y ayudas necesarias, la han puesto en práctica en sus vidas.

2. Hipótesis

“Hay una gran proporción de mujeres sanitarias que dan lactancia materna y que la recomiendan”

3. Objetivos

Objetivo principal

Averiguar la proporción de mujeres que trabajan en el sector de la salud que amamantaron a sus hijos.

Objetivos secundarios

1. Analizar cuál es el grupo sanitario que en mayor proporción dio de mamar a sus hijos.
2. Estudiar cuáles fueron las principales causas de abandono de la lactancia materna entre el personal sanitario.
3. Averiguar qué grupo sanitario estaría más interesado en inscribirse a cursos de fomento de la lactancia materna.

4. Material y métodos

4.1 Diseño

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional y transversal realizado en los departamentos de salud de la Ribera y en el departamento del Hospital Doctor Peset. Los datos fueron recogidos entre los meses de enero hasta marzo de 2019. Los datos fueron obtenidos a partir de encuestas validadas.

4.2 Muestra

Las profesionales de la salud han sido elegidas mediante un muestreo probabilístico simple. Para determinar el número total de encuestadas hemos utilizado la fórmula siguiente la cual presenta un nivel de confianza del 95,5%. Finalmente, el resultado total de encuestadas ha sido de 96.

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2 (N - 1) + Z^2 \sigma^2}$$

4.3 Criterios de inclusión

1. Personal trabajador de las instituciones sanitarias.
2. Mujeres que hayan tenido al menos un hijo.
3. Mujeres que hayan accedido a realizar la encuesta.

4.4 Criterios de exclusión

1. Se excluyeron el personal no sanitario como: personal de limpieza, personal de mantenimiento o encargados del transporte sanitario.
2. Se excluyeron aquellas pacientes que no entendían correctamente el lenguaje expresado en las encuestas.
3. Se excluyeron aquellas personas que se negaron a realizar las encuestas o que realizaron las encuestas defectuosamente o incompletas.

4.5 Variables a estudio

Variables sociodemográficas: Edad, nacionalidad y grupo sanitario al que pertenecen siendo estos los mencionados a continuación: Médicas, enfermeras, auxiliares o celadoras.

Variables obstétricas: Número de embarazos y número de partos.

Variables relacionadas con la LM: Duración de la misma y causas de abandono.

Variables relacionadas con la vida laboral: Influencia del trabajo por turnos a la hora de abandonar o de no iniciar la LM, capacidad de la profesional sanitaria para recomendar la LM, el uso de recursos en el lugar de trabajo para prolongar la LM y el inscribirse a cursos de fomento de ésta.

4.6 Instrumentos de medida

Para la recogida de datos de nuestra investigación hemos utilizado un cuestionario de 11 preguntas (Anexo 1) con su correspondiente consentimiento informado (Anexo 2). Los cuestionarios han sido completamente anónimos y hemos validado los datos a través de un hoja de Microsoft Excel.

4.7 Consideraciones éticas

Nuestro estudio ha sido evaluado y aprobado por la Comisión de Investigación-Comité de Ética del Hospital de Sagunto a fecha de 24 de enero de 2019.
(Anexo 3)

5. Resultados

Datos generales



Gráfico 1: Grupo sanitario al que pertenecen las mujeres encuestadas.

La muestra total obtenida finalmente ha sido de 96 mujeres, todas de nacionalidad española y entre ellas 17 médicas (18%), 35 enfermeras (36%), 29 auxiliares (30%) y 15 celadoras (16%). (Gráfico 1).

Edad

	Médicas	Enfermeras	Auxiliares	Celadoras
Nº de encuestadas	17	35	29	15
Media de edad	44	43	46	50
Edad máxima	59	57	61	64
Edad mínima	33	30	32	35

Tabla 1: Edad de las mujeres sanitarias encuestadas y media.

Las participantes tenían una edad entre 30 y 64 años, siendo la edad media de 45 años. (Tabla 1).

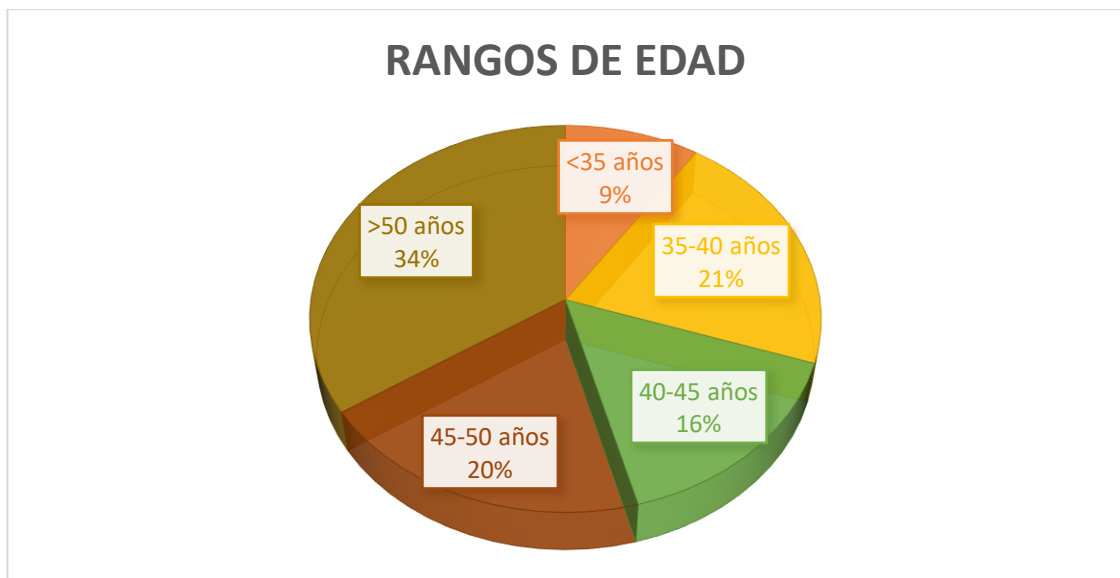


Gráfico 2: Distribución de las mujeres sanitarias por grupos de edad.

El rango de edad en las mujeres encuestadas fue muy variable, lo cual puede suponer un pequeño sesgo que tenemos presente, ya que los patrones de LM han ido cambiando con la evolución de la sociedad. El grupo mayoritario ha sido de más de 50 años (34%), seguido de las de 35-40 años (21%) y el grupo de edad más joven fueron las mujeres menores de 35 años (9%) (Gráfico 2).

Pacientes que dieron de mamar

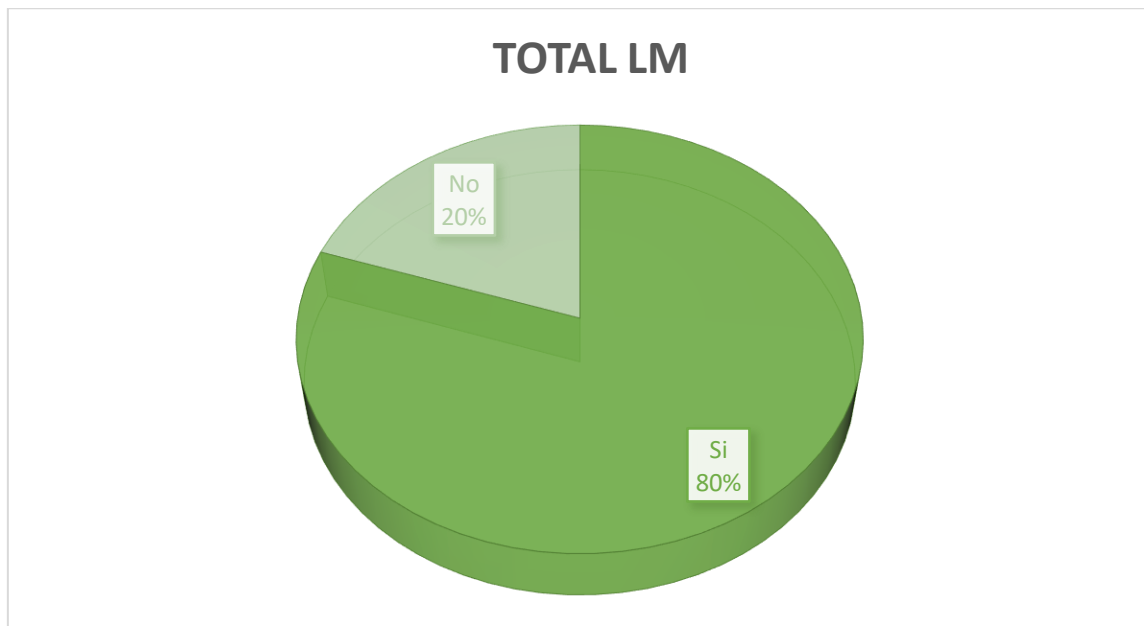


Gráfico 3: Porcentaje total de LM en las mujeres encuestadas.

Al investigar las mujeres que habían dado de mamar encontramos que el 80% de las encuestadas contestaron que sí que habían dado de mamar (Gráfico 3).

Duración de la LM

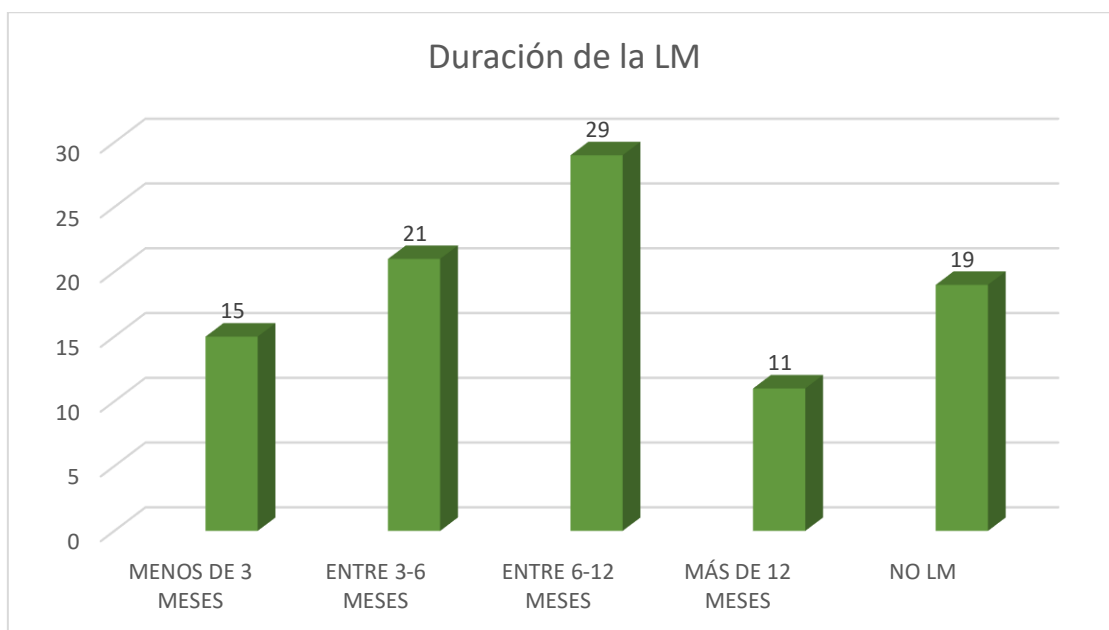


Gráfico 4: Tiempo de duración de LM agrupada en distintos rangos.

Agrupamos los tiempos de LM en distintos rangos (Gráfico 4), y al analizar los resultados de la encuesta encontramos que el grupo mayoritario de mujeres, dio de mamar entre 6 y 12 meses.

Recomendación de la OMS



Gráfico 5: Recomendación de la OMS respecto a la LM y superación o no en nuestras encuestadas.

Solo un poco más de la mitad de las encuestadas (53%), han superado los requisitos de la OMS y han dado de mamar más de 6 meses (Gráfico 5).

Razones de abandono de la lactancia materna

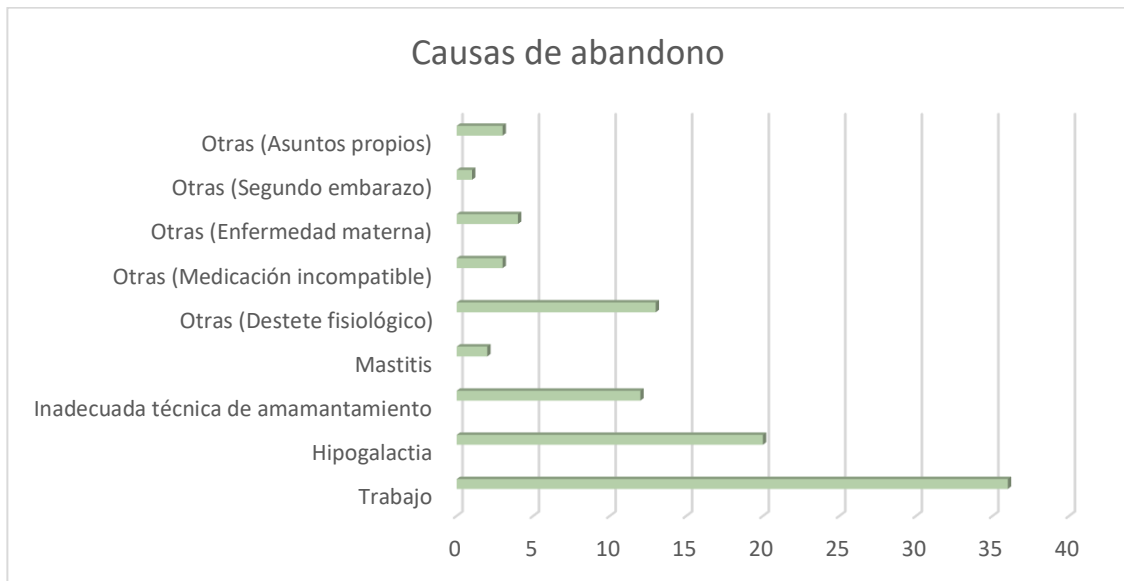


Gráfico 6: Causas de abandono de la LM

Al investigar las razones de abandono, dimos a elegir entre siete opciones como se puede ver en el anexo 1, siendo la séptima, otra opción a indicar y que no estuviese entre las restantes opciones, encontramos que la más seleccionada había sido el trabajo seguida de la hipogalactia (Gráfico 6). Es abundante también el número de abandonos a causa del “Destete fisiológico” o la “Inadecuada técnica de amamantamiento”.

Conocimiento necesario de LM



Gráfico 7: Porcentaje total de mujeres encuestadas que creen que tienen conocimientos para recomendar la LM.

Al indagar sobre los conocimientos que tenía el personal sanitario acerca de la lactancia materna, nos ha sorprendido bastante el resultado obtenido. La mayoría de ellas (95%) dicen tener conocimientos suficientes para recomendar la lactancia materna (Gráfico 7).

Inscripción a cursos de fomento de la LM

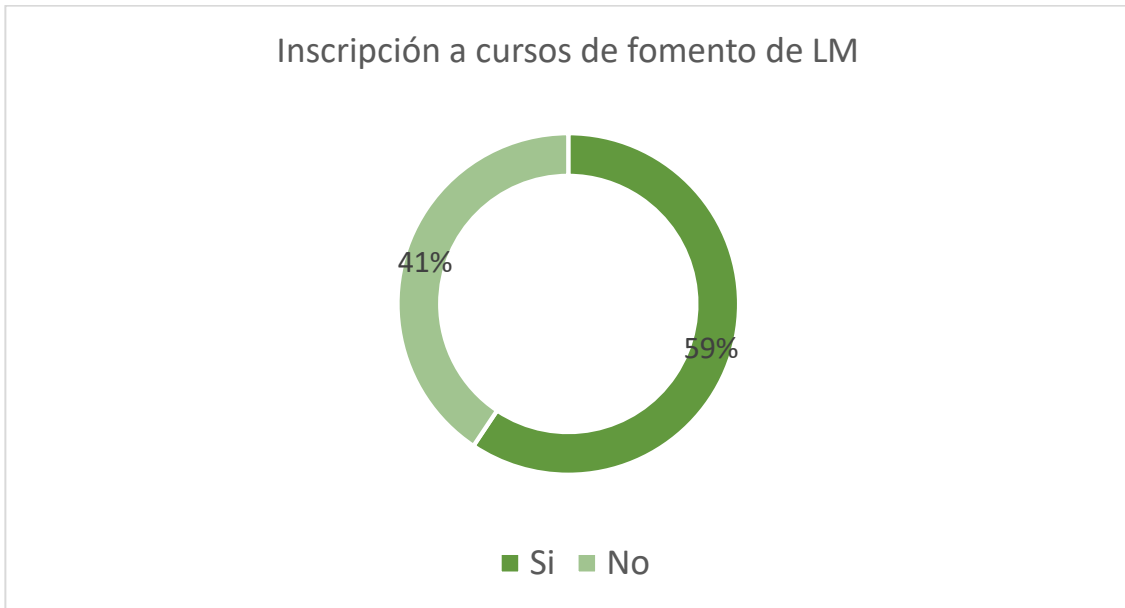


Gráfico 8: Porcentaje total de mujeres que se inscribirían a cursos de fomento de la LM.

El porcentaje de mujeres que se hubieran inscrito a cursos de fomento de la lactancia fue de tan solo 57 encuestadas, cerca del 60% (Gráfico 8).

Trabajo por turnos

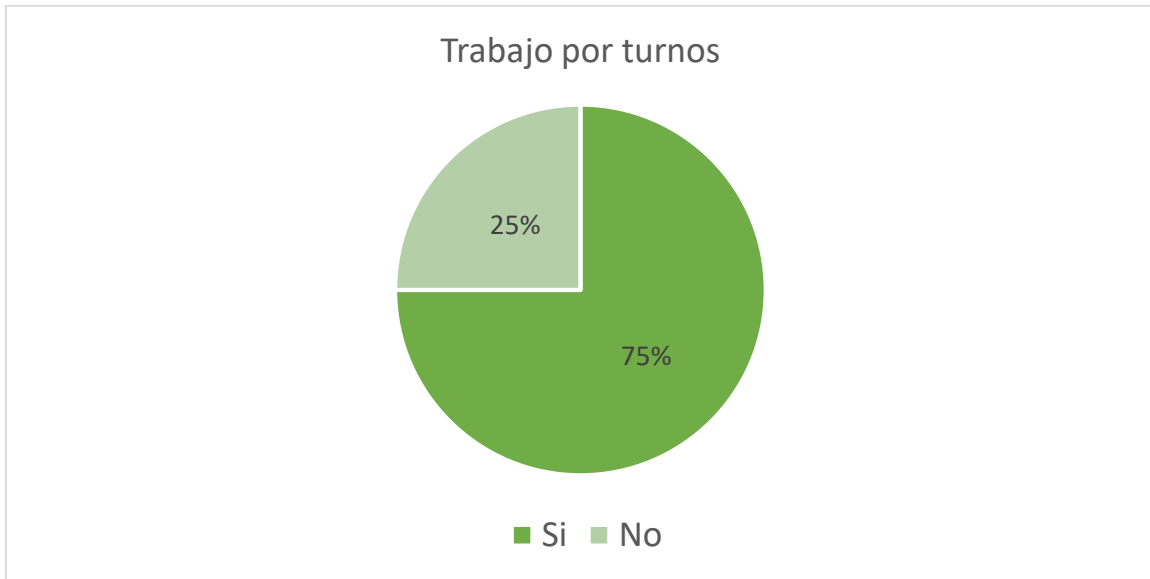


Gráfico 9: Trabajo por turnos en el momento del embarazo.

En el momento del embarazo, 72 de las mujeres (75%), trabajaban por turnos mientras que 24 de ellas no (25%) (Gráfico 9).

Abandono precoz de la LM



Gráfico 10: Influencia del trabajo por turnos a la hora de abandonar la LM precozmente.

De las 72 mujeres que trabajaban por turnos, hubieron 40, (42%) que afirmaron que fue algo que les influenció a la hora de abandonar la LM precozmente (Gráfico 10).

Utilización de recursos

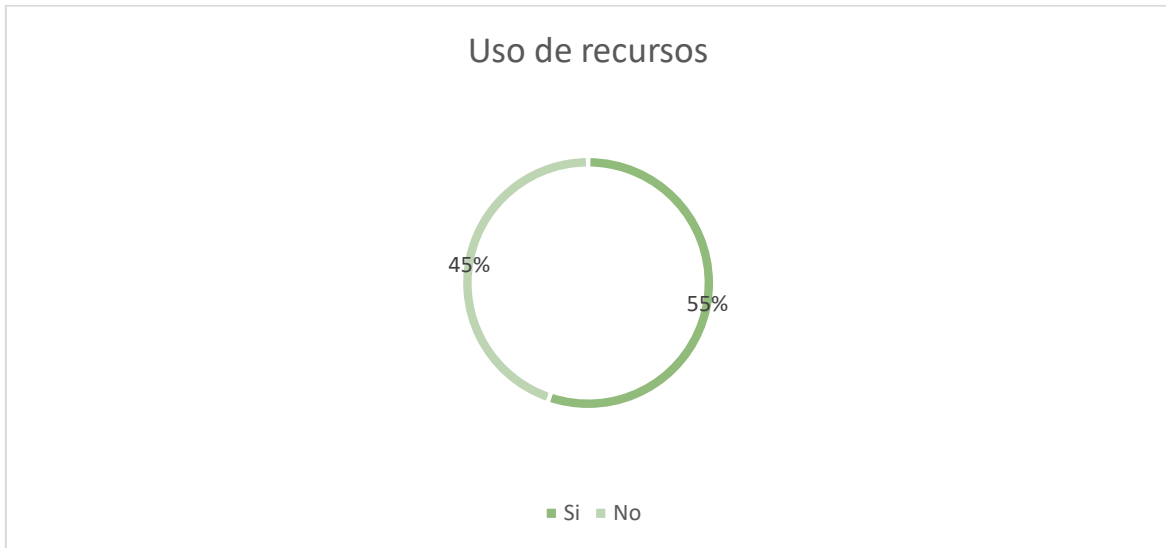


Gráfico 11: Utilización de recursos en el lugar de trabajo para prolongar la LM.

Al investigar si las mujeres encuestadas harían uso de algún tipo de recurso en el lugar de trabajo para poder prolongar la LM, más del 50% de las encuestadas (53) respondieron que si (Gráfico 11).

Recomendación LM



Gráfico 12: Porcentaje de mujeres que recomendaría la LM.

Uno de los datos más curiosos obtenidos es referente a las recomendaciones de la LM, se ha visto que, de las 96 mujeres, tan solo 3 contestaron “No”. Una de ellas no dio LM debido a la hipogalactia y las dos restantes por medicación incompatible. Las 3 ejercían el cargo de enfermera (Gráfico 12).

Recomendación de LM frente al total

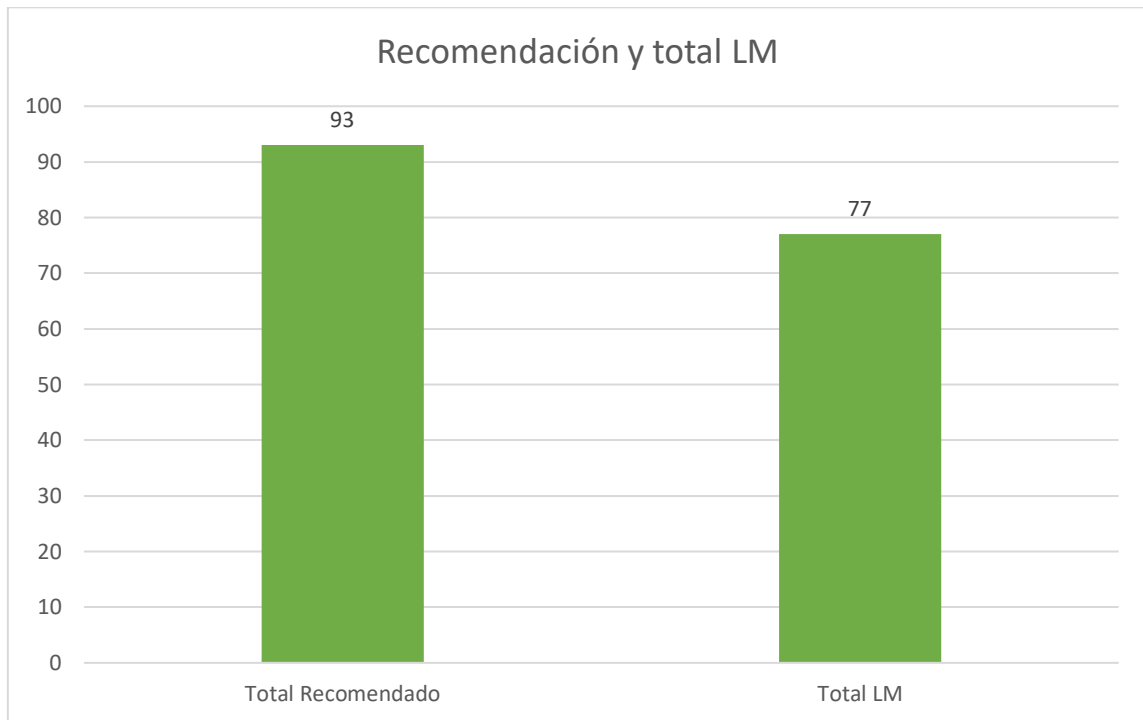


Gráfico 13: Número de mujeres que recomendaron la LM y número de mujeres que dieron LM.

Fueron 93 las mujeres que recomendaron la LM, pero tan solo 77 de ellas dieron de mamar a sus hijos (Gráfico 13).

Paridad y lactancia

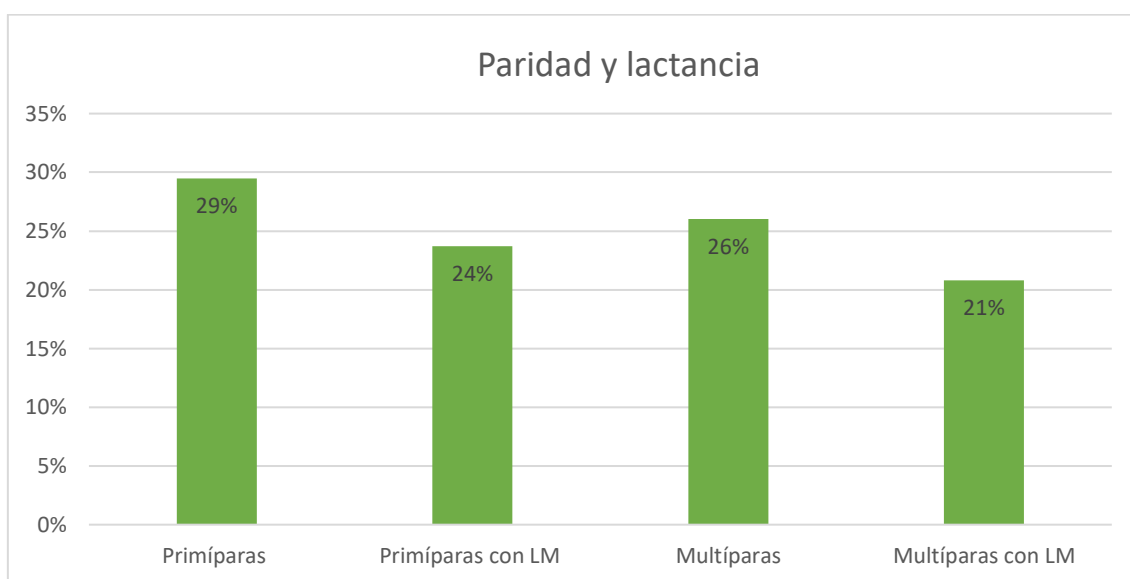


Gráfico 14: Relación entre paridad y LM.

Cuando analizamos la relación entre la paridad (aquellas que solo habían tenido un hijo frente a las que habían tenido varios hijos) no encontramos prácticamente diferencias, ya que en ambos grupos el porcentaje de mujeres que dio de mamar estuvo alrededor del 80% (Gráfico 14).

Tiempo de LM en cada grupo sanitario

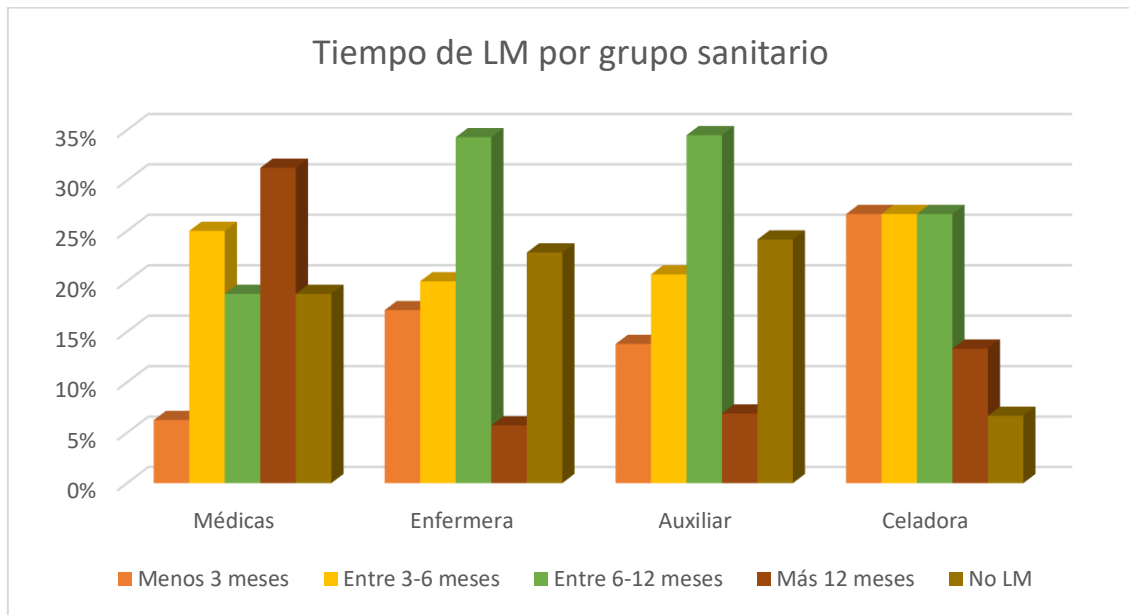


Gráfico 15: Tiempo de LM agrupado en distintos rangos en cada grupo sanitario.

Al investigar el grupo sanitario que más LM había dado, hemos evidenciado que en la opción “Más de 12 meses” fueron las médicas las que más veces la seleccionaron, un 31% de ellas. En la opción “Entre 6 y 12 meses” hay una coincidencia de un 34% con las enfermeras y las auxiliares (Gráfico 15).

Inscripción a cursos de fomento

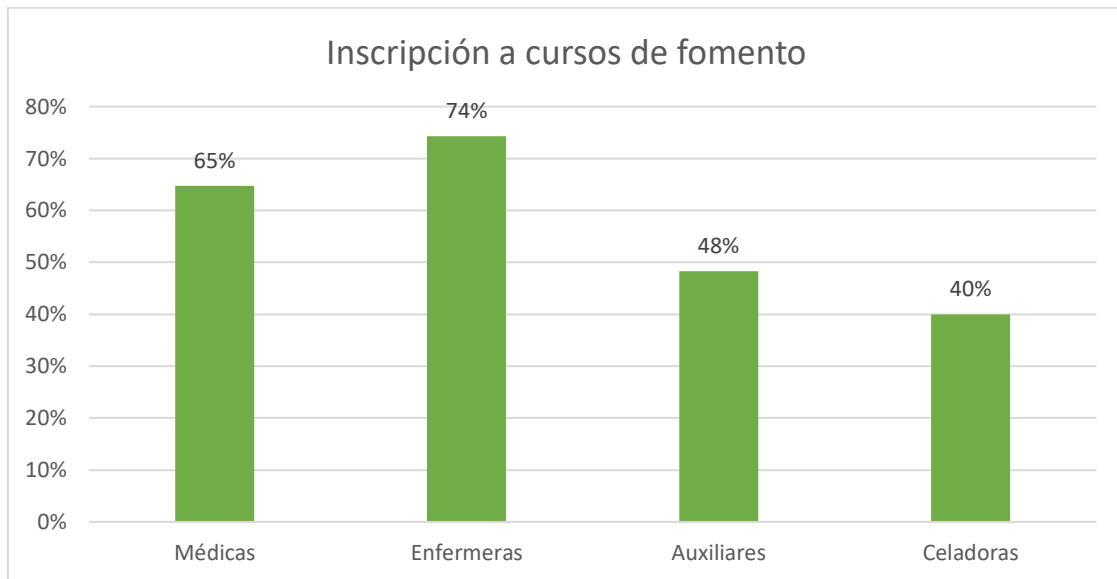


Gráfico 16: Porcentaje de inscripción a cursos de fomento agrupado en los distintos grupos sanitarios.

Averiguamos en nuestro estudio, que las enfermeras son el grupo sanitario que estaría más dispuesto a inscribirse en los cursos de fomento de la lactancia materna. Del total de enfermeras, se inscribirían un 74%, del total de las médicas un 65%, las auxiliares en menor cantidad con un 48% y el grupo que menos se inscribiría serían las celadoras con un 40% (Gráfico 16).

Lactancia materna y turnos

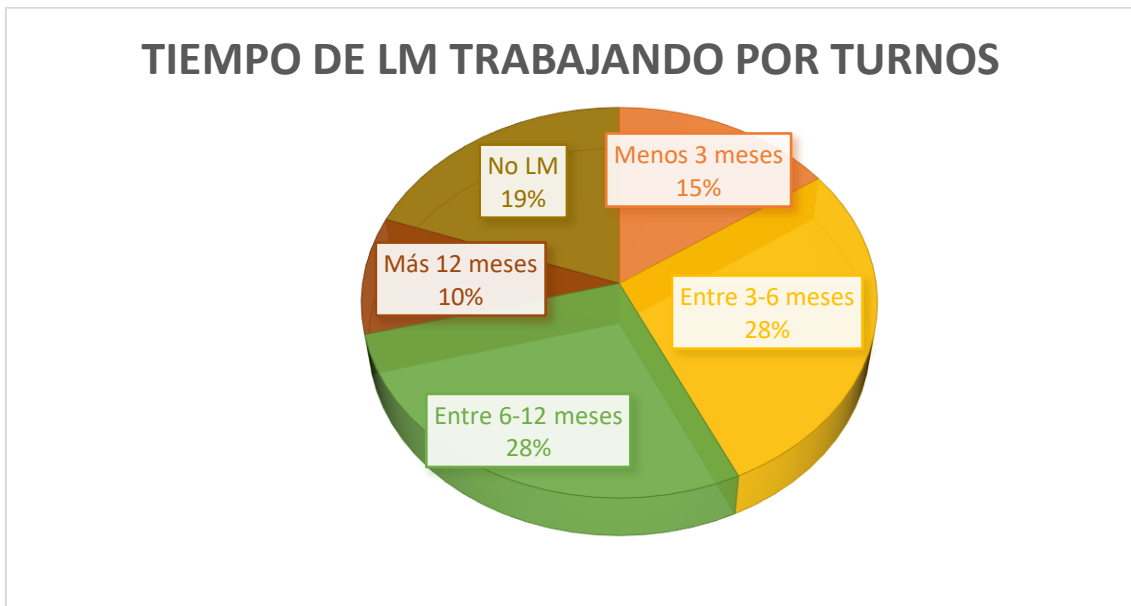


Gráfico 17: Tiempo de LM al trabajar por turnos.

Al investigar la duración de la LM en aquellas que trabajaban por turnos en el momento del embarazo; tan solo un 10% prolongó su lactancia más de 12 meses. Aun así, vemos que hay un dato favorable y es que, aún habiéndose incorporado a su puesto laboral, un 28% la prolongó entre los 6 y los 12 meses (Gráfico 17).

Causas de abandono por grupos sanitarios

Respecto a las causas de abandono o de no inicio de la LM, en las médicas ha predominado el trabajo y el destete fisiológico, en las enfermeras el trabajo y la inadecuada técnica de amamantamiento, en las auxiliares ha sido la hipogalactia y la vuelta al trabajo las que más han destacado y en las celadoras en primer lugar el trabajo y en segundo la hipogalactia (Gráficos 18-21).

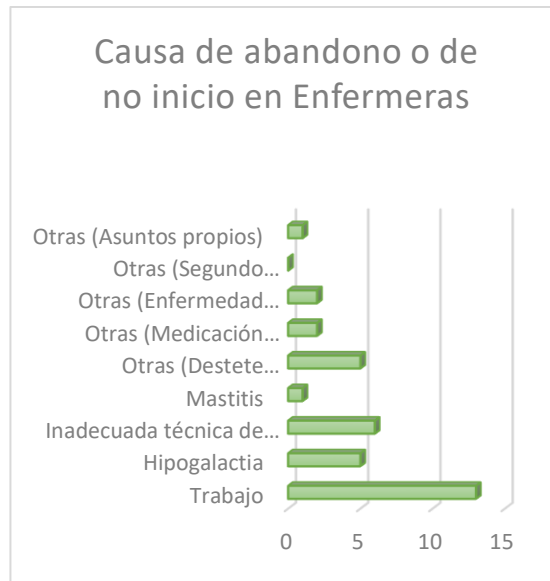


Gráfico 18: Causas de abandono en enfermeras.

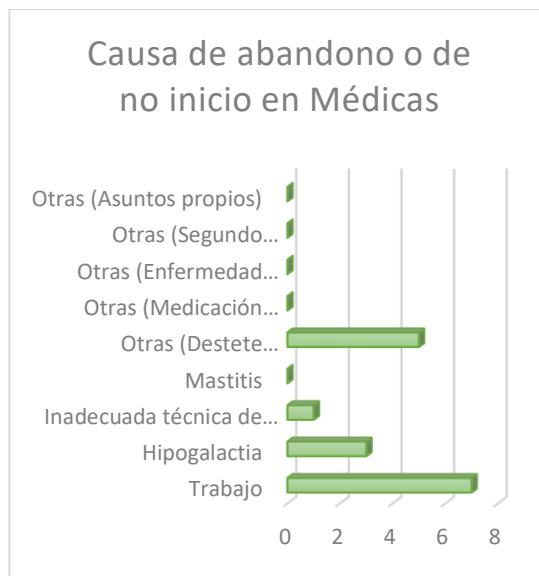


Gráfico 19: Causas de abandono en médicas.

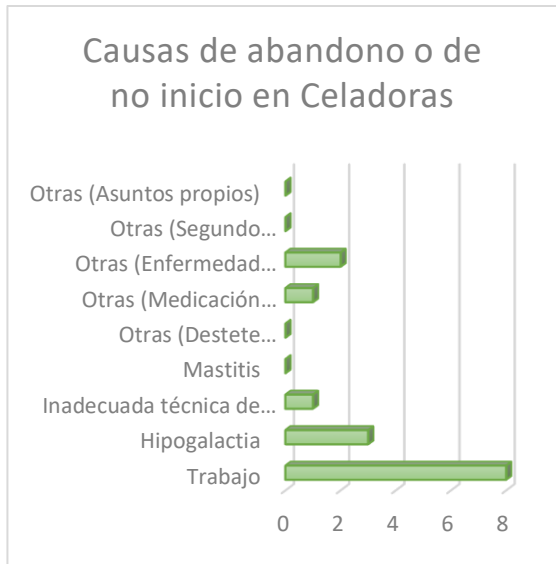


Gráfico 20: Causas de abandono en celadoras.

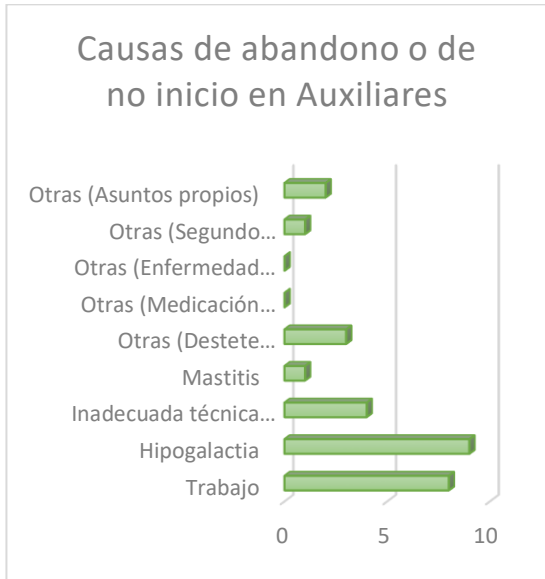


Gráfico 21: Causas de abandono en auxiliares.

Causas de abandono debido a los horarios de trabajo

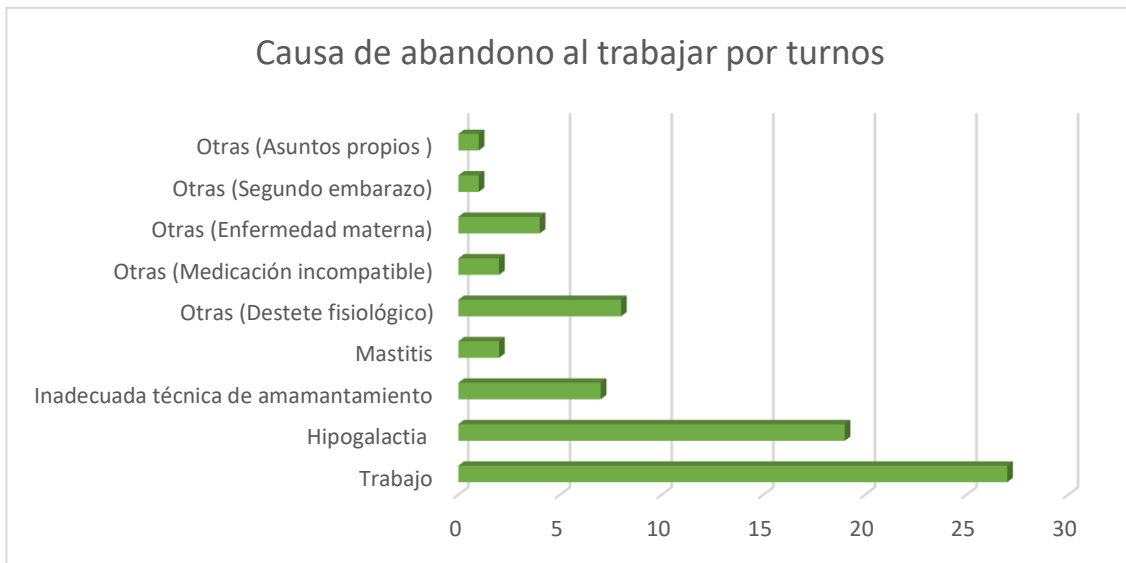


Gráfico 22: Causas de abandono de LM trabajando por turnos.

En las mujeres que trabajaban por turnos en el momento del embarazo, el trabajo, ha sido la razón más respondida en nuestra encuesta del porqué abandonaron (Gráfico 22).

Causas de abandono debido a los horarios de trabajo

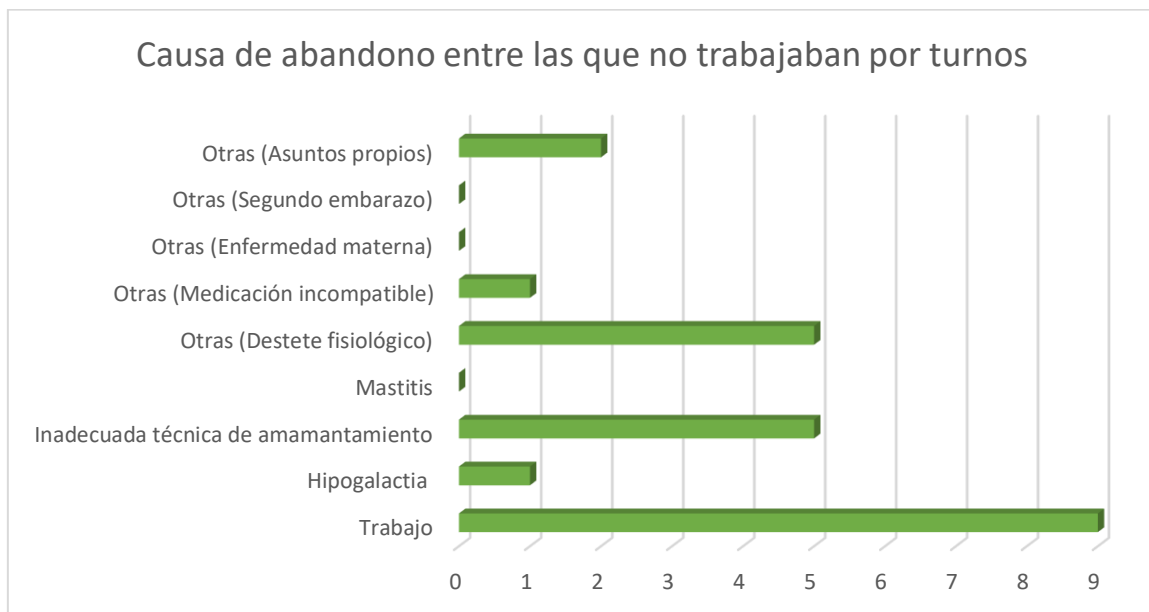


Gráfico 23: Causas de abandono de LM al no trabajar por turnos.

Cuando analizamos aquellas que no trabajaban por turnos, también coincide en que la causa más seleccionada ha sido el trabajo (Gráfico 23).

Utilización de recursos trabajando por turnos o no haciéndolo

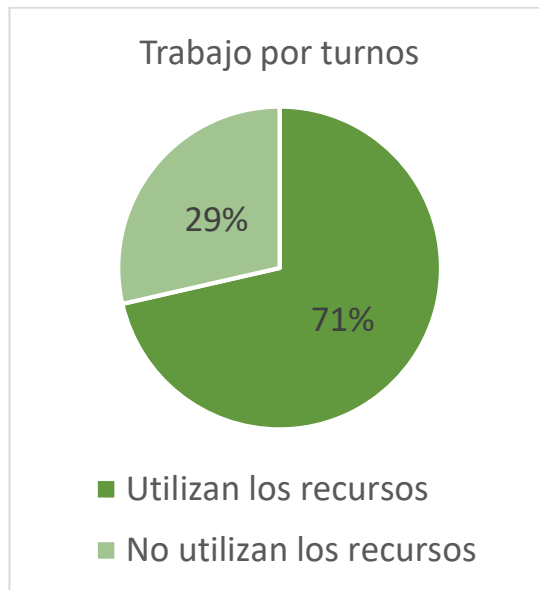


Gráfico 24: Utilización de los recursos entre las mujeres que trabajan por turnos.

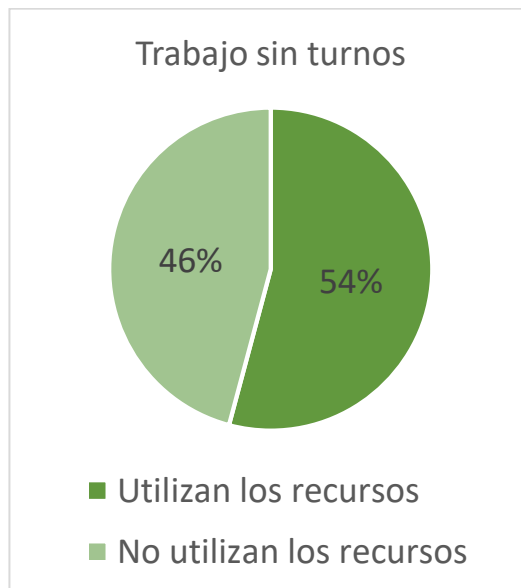


Gráfico 25: Utilización de los recursos entre las mujeres que no trabajan por turnos.

Tras la investigación realizada hemos podido observar que el 71% de las mujeres encuestadas utilizaría los recursos para fomentar la lactancia materna, mientras que en las mujeres que no trabajan por turnos solo un 54% de ellas los utilizaría (Gráficos 24 y 25).

6. *Discusión de los resultados*

La lactancia materna contiene todo lo que el bebé necesita para su desarrollo y crecimiento óptimo. Contiene nutrientes de elevada calidad y le proporciona la energía necesaria al niño¹.

El rango de edad de las mujeres encuestadas ha sido muy amplio por lo que pensamos que podría ser un sesgo en el momento del estudio porque los patrones de lactancia están cambiando. Aun así, continuamos con el estudio para analizar la opinión de estas mujeres.

El objetivo principal del estudio fue analizar si las profesionales relacionadas con la sanidad además de recomendar la LM la ponían en práctica en su día. Sorprendentemente un 20% de las mujeres encuestadas no dio de mamar en su momento. El porcentaje de mujeres que dio de mamar se aleja del objetivo que marca la OMS.

La OMS recomienda que la lactancia materna sea exclusiva hasta los seis primeros meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos, y que ésta, debe continuar hasta los dos años de vida o más². Desafortunadamente, tan solo un 53% supera los requisitos propuestos por la OMS, por tanto, a la larga, es probable que esto derive en problemas de salud como la obesidad⁵ o en el establecimiento del vínculo materno-filial¹⁰.

No obstante, el nivel de LM a nivel nacional relacionándola con otros estudios ha sido favorable ya que en la mayoría de los estudios realizados la media de duración de LM ha sido de unos cuatro meses y medio^{11 12 13} y en nuestro estudio ha resultado ser de casi siete meses.

El trabajo y la hipogalactia son las razones predominantes en el abandono precoz de la lactancia materna como así defienden otros autores^{11 14}. Si queremos potenciar la lactancia materna, deberíamos plantearnos formas de que el trabajo no interfiriera en ella.

El trabajo por turnos es otro motivo de abandono precoz. En nuestro estudio solo un 10% de las mujeres que trabajaban por turnos prolongó la lactancia más allá de 12 meses. Si conseguimos que haya un aumento de los recursos para estas mujeres y un mayor apoyo paterno, como así identifican algunos estudios, podremos aumentar la duración de la lactancia materna con todos los efectos favorables que se describen en la literatura¹².

A pesar de que solo el 95% de las mujeres encuestadas reconoce que tiene conocimientos suficientes para recomendar la lactancia materna, más de la mitad de ellas (56%) estaría dispuesta a inscribirse en cursos de fomento de la LM, y las enfermeras son el grupo mayoritario. Entendemos que es una forma de mantenerse actualizadas con las nuevas tendencias.

Hay diversos estudios¹⁸ que afirman que, con charlas en el hospital o folletos informativos se puede aumentar la prevalencia de la lactancia. De las 96 encuestadas, 53 (55%) los utilizarían por eso, desde aquí creemos que hay que proponer un aumento de esos recursos y una vez se consiga, fomentar su uso desde distintos ámbitos, ya sea desde consulta o con charlas informativas.

A lo largo de la realización de este estudio, una pregunta que nos resultó muy interesante al pasar las encuestas fue la de si recomendarían o no la LM. Tres de las encuestadas no lo harían y todas ellas ejercían el cargo de enfermeras. Esto nos lleva también a una controversia y es que, si son el grupo sanitario que más quiere seguir aprendiendo sobre la LM, ¿A que se debe que tres de ellas no quieran recomendarla? Podemos deducir que se debe a una falta de tiempo y de ganas.

La paridad no es un factor que parezca influir en la decisión del tipo de lactancia y como en su momento no preguntamos si tuvieron una buena experiencia dando de mamar, podemos ver este resultado como una nueva idea para la realización de otro trabajo.

Respecto al tiempo de duración, las médicas fueron las que en mayor proporción dieron de mamar durante más tiempo. Es posible que su nivel económico más alto o su tipo de trabajo les permita mayor disponibilidad para la lactancia. Pensamos que en futuros trabajos se debería analizar estas razones.

En las enfermeras, la segunda razón fue la inadecuada técnica de amamantamiento. Creemos que se deben realizar más cursos de fomento entre el personal sanitario, porque pensamos que nadie debería abandonar la lactancia materna por una inadecuada técnica de amamantamiento y ahí el personal de enfermería tiene un importante papel.

El trabajo por turnos no parece haber influido en la causa de abandono, ya que el porcentaje de abandono coincide con las mujeres que no trabajan por turnos. Por tanto, pensamos que es el tipo de trabajo que ejercen y no la turnicidad la que influye en el abandono.

Para finalizar, pensamos que hay muchos recursos que pueden ser utilizados para fomentar la lactancia materna, como las salas de lactancia y las guarderías. Pero sobre todo hay que concienciar al personal sanitario de los beneficios de la lactancia materna.

7. Conclusiones

1. Hay una gran proporción de mujeres sanitarias que dan lactancia materna, pero se aleja de los objetivos que marca la Organización Mundial de la Salud.
2. Aunque la casi totalidad del personal sanitario recomendaría en estos momentos la lactancia materna, en su día hubo muchas que no dieron de mamar.
3. La incorporación al puesto de trabajo y la hipogalactia son las principales razones del abandono de la lactancia materna.
4. El trabajo por turnos parece ser un inconveniente para prolongar la lactancia.
5. Entre los grupos sanitarios, el personal de enfermería es el grupo sanitario que más se inscribirían a cursos de fomento de la lactancia.
6. Las médicas son el grupo sanitario que da de mamar durante más tiempo.
7. Las autoridades sanitarias deberían mejorar los recursos disponibles para las madres lactantes si queremos aumentar las tasas de lactancia materna entre el personal sanitario.

8. Bibliografía

1. Aguilar Cordero MJ, Baena García L, Sánchez López AM, Guisado Barrilao R, Hermoso Rodríguez E, Mur Villar N. Beneficios inmunológicos de la leche humana para la madre y el niño. Revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*. 2016;33:482-493
2. 10 datos sobre la lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 16 November 2018]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>
3. Rodríguez García R. Aproximación antropológica a la lactancia materna [Internet]. 15th ed. Jaén; 2015 [cited 19 February 2019]. Available from: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>.
4. de Armas M, Megías S, Modino S, Bolaños P, Guardiola P, Álvarez T. Importancia de la lactancia materna en la prevalencia de síndrome metabólico y en el grado de obesidad infantil. *Endocrinología y Nutrición*. 2009;56(8):400-403.
5. Aguilar Cordero M, Sánchez López A, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso rodriguez E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria*. 2015;31(2):606-620.
6. Blázquez García M. Ventajas de la lactancia materna. *Medicina naturista*. 2000;(1):44-49.
7. Macías-Carrillo C, Franco-Marina F, Long-Dunlap K, Hernández-Gaytán SI, Martínez-López Y, López-Cervantes M. Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Publica Mex* 2005;47:49-57. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/47/eng>
8. Moreno Torres B. Factores de riesgo relacionados al cáncer de mama en mujeres del servicio de oncología del hospital Sergio E. Bernales año 2015. 2015;5(1):42-49.
9. Aguilar Cordero M, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López C, Mur Villar N, García López P et al. Lactancia materna: Un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*. 2010;25(6):954-958.
10. Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. La importancia del vínculo en la infancia: entre el psicoanálisis y la neurobiología. *Rev Cienc Salud*. 2016;14(2):261-80. doi: dx.doi.org/10.12804/revsalud14.02.2016.10

11. Ibañez Navarro A, Ochoa Gómez L, Clavero Montañés N, Orden Rueda C, Sánchez Gimeno J, Berdún Chéliz E. Prevalencia y duración de la lactancia materna en el medio rural. *Revista española de pediatría*. 2017;73(4):215-218.
12. González Huescar A, Martínez Roa C, Lorigo Cano I, Cubero Santos A, Maynar Mariño M, Gil Martínez C. Situación actual de la lactancia materna en una zona de salud urbana y factores que la condicionan. *Nure investigación*. 2018;93(15).
13. Sacristán Martín A, Lozano Alonso J, Gil Costa M, Vega Alonso A. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*. 2011;13(49):33-46.
14. Vila-Candel R, Soriano-Vidal F, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses post parto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Elsevier*. 2019;51(2):91-98.
15. Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y otros países. *Asociación Española de Pediatría*. 2016;.
16. Dinour L, Szaro J. Employer-Based Programs to Support Breastfeeding Among Working Mothers: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(3):131-141. [Breastfeeding practices]
17. Tsai S. Influence of Partner Support on an Employed Mother's Intention to Breastfeed After Returning to Work. *Breastfeeding medicine*. 2014;9(4):222-230.[Breastfeeding in parks]
18. Abbass-Dick J, Dennis C. Maternal and paternal experiences and satisfaction with a co-parenting breastfeeding support intervention in Canada. *Midwifery*. 2018;56:135-141. [Breastfeeding education]
19. Garay Unjidos N, Aliaga Barros V, Yuraszeck krebs M. Clínica de lactancia materna en domicilio, intervención integral de apoyo para el éxito del proceso de lactancia. *Horizon enfermería*. 2017;28(3):59-76.
20. Şencan İ, Tekin O, Tatli M. Factors influencing breastfeeding duration: a survey in a Turkish population. *European Journal of Pediatrics*. 2013;172(11):1459-1466. [Prolong breastfeeding]
21. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(91). [Breastfeeding rates]

22. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(1):54-66.
23. Brown A. Breastfeeding as a public health responsibility: a review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2017;30(6):759-770. [Social level of breastfeeding]
24. Adams J. Breastfeeding and Infant Mortality in Indiana: Changing the Culture and Saving Lives: A Model for Other States. *Breastfeeding Med*. 2017;12(8):456-458. [Breastfeeding in other cultures]
25. Pérez Bravo M, Moreno Hernandez A. Dando voz a las mujeres: Representaciones sociales y experiencias sobre la lactancia. *Dossiers Feministes*. 2017;22:107-117.
26. Perales Martínez JI, Pina Marqués B. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. *Rev Pediatría. Aten Primaria*. 2017;19:337-44.
27. Russell K, Ali A. Public Attitudes Toward Breastfeeding in Public Places in Ottawa, Canada. *Journal of Human Lactation*. 2017;33(2):401-408. [Breastfeeding in adults]
28. Zhao Y, Ouyang Y, Redding S. Attitudes of Chinese Adults to Breastfeeding in Public: A Web-Based Survey. *Breastfeeding Medicine*. 2017;12(5):316-321. [breastfeeding in public places]
29. Mulready-Ward C, Hackett M. Perception and Attitudes. *Journal of Human Lactation*. 2014;30(2):195-200. [Breastfeeding in public places]
30. Amir L. Breastfeeding in public: “You can do it?”. *International Breastfeeding Journal*. 2014;9(1). [Breastfeeding in other cultures]

9. Anexos

9.1 Anexo 1. Cuestionario.

Cuestionario TFG - Laura Aznar Gómez - Tutor: César Victoria Gomis

EDAD	
NACIONALIDAD	
¿HA TENIDO USTED EMBARAZOS?	

1. ¿Ha dado usted lactancia materna?

Si No

2. En caso de que la respuesta anterior sea afirmativa, ¿Durante cuanto tiempo?

Menos de 3 meses.

Durante 3-6 meses.

Durante 6-12 meses.

Más de 12 meses.

3. Seleccione la razón o razones por las que abandonó la práctica de la lactancia materna:

a. Trabajo

b. Dificultad del bebé para cogerse al pecho

c. Mastitis

d. Pezones invertidos

e. Dolor

f. Hipogalactia (poca leche)

g. Otras (indique cual) _____

4. ¿Cree usted que tiene los conocimientos necesarios para recomendar la lactancia materna?

Si No

5. **¿Qué cargo ejerce como personal sanitaria?**

Médica Enfermera Celadora Auxiliar

6. **¿Se inscribiría a cursos de fomento de la lactancia materna?**

Si No

7. **¿Trabaja usted por turnos?**

Si No

8. **¿En caso afirmativo a la respuesta anterior, piensa que le ha influenciado a la hora de abandonar precozmente la lactancia materna o de no iniciarla?**

Si No

**En caso de respuesta afirmativa indique aquí si ha sido el abandonarla o el no iniciarla:*

9. **¿Opina usted que, si en su centro de trabajo hubiese habido guarderías, habitaciones para dar el pecho, sacar la leche o similares, hubiese prolongado la lactancia materna?**

Si No

10. **Indique el orden de preferencia en el cual hubiese usado estos recursos.**

___ Guardería en el hospital

___ Habitaciones de lactancia y flexibilidad horaria en el trabajo para hacerlo

___ Sistema de envío de la leche materna al lugar de domicilio desde el lugar de trabajo

11. **¿Recomendaría usted la lactancia materna?**

Si No

9.2 Anexo 2. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La lactancia materna en profesionales sanitarias

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en la realización de un cuestionario, que al responderlo pasarán a ser partícipes de un estudio observacional que formará parte de un Trabajo de Fin de Grado de Enfermería de la Universidad Católica de Valencia.

El trabajo pretende estudiar la prevalencia de mujeres pertenecientes a la sanidad que dan o no lactancia materna, y si la dan, cual es el motivo de abandono.

Si usted accede a participar en este trabajo, se le pedirá responder preguntas en el cuestionario, que le llevará aproximadamente 5 minutos de su tiempo. Su participación sería muy importante para obtener datos para el trabajo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

He leído la hoja de información del Consentimiento Informado, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

He quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido y se me han respondido todas mis dudas. Presto mi consentimiento para la recolección de datos mediante la realización del cuestionario propuesto.

Firma del participante