

Factores que inciden en la alimentación de los recién nacidos en la maternidad y al alta

Estudio realizado en un
hospital del sector público
en Montevideo, Uruguay



Factores que inciden en la alimentación de los recién nacidos en la maternidad y al alta

Estudio realizado en un hospital del sector público en Montevideo, Uruguay

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,
UNICEF Uruguay.

Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil, RUANDI.

Autoras

Soc. Dra. (c) Marcia Barbero Portela
Mag. Nut. Carolina de León Giordano

Coordinación general

Mag. Nut. Carolina de León Giordano

Coordinación técnica

Soc. Dra. (c) Marcia Barbero Portela

Equipo de investigación

Soc. Dra. (c) Marcia Barbero Portela

Mag. Nut. Carolina de León Giordano

Lic. Soc. Patricia Alvez

Dra. Ana Carrero del Cerro

Dra. Florencia Ceriani

Análisis estadístico

Dra. Valentina Colistro

Lic. Nut. Patricia Aguirrezabal

Corrección de estilo

Lic. Natalia Correa

Diseño y diagramación

Álvaro Yáñez

Primera edición, julio de 2023

ISBN: 978-9915-9634-1-9

Aclaración: El uso de un lenguaje no discriminatorio entre hombres y mujeres es un compromiso del equipo de trabajo. Sin embargo, con el fin de no dificultar la lectura, y en aquellos casos en que no es posible incorporar el lenguaje inclusivo, se hace uso del masculino genérico clásico, conviniendo que todas las menciones en dicho género representan a hombres y mujeres.

Índice

Glosario	Pág. 4
Resumen ejecutivo	Pág. 5
Sobre el estudio	Pág. 8
1. Puntos de partida	Pág. 8
2. Objetivos del estudio	Pág. 12
3. Metodología	Pág. 13
Resultados	Pág. 15
1. Situación de la alimentación en la maternidad y al alta en el subsector público nacional y de Montevideo	Pág. 15
2. Logística, recursos y procesos involucrados en la alimentación del RN	Pág. 17
3. Prácticas y representaciones del PS en relación a la alimentación del RN	Pág. 20
4. Vivencias de las mujeres que han sido madres en la maternidad bajo estudio acerca de la lactancia y el uso de PPL	Pág. 25
5. Desafíos relacionados al manejo de la alimentación de los RN en la maternidad estudiada en contexto de pandemia	Pág. 29
Aportes para la reflexión	Pág. 30
Recomendaciones	Pág. 32
Bibliografía citada	Pág. 36
Bibliografía consultada	Pág. 38
Anexos	Pág. 45

Glosario

AMH: Alojamiento madre-hijo

BLH: Banco de Leche Humana

BPA: Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y Niño/a Pequeño/a

CPP: Contacto piel con piel

E: Entrevista

ENDIS: Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud

ENLM: Encuesta Nacional de Lactancia Materna

LM: Lactancia materna

LME: Lactancia materna exclusiva

IC: Informante calificado

IHAN: Iniciativa Hospital Amigo del Niño

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

PPL: Preparados para lactantes

PS: Personal de salud

RN: Recién nacido

SIP: Sistema Informático Perinatal

Resumen ejecutivo

Los datos nacionales disponibles sobre lactancia y alimentación de recién nacidos reflejan un descenso significativo de la lactancia exclusiva al alta de la maternidad en los últimos 10 años y un aumento de la lactancia mixta, es decir, de la suplementación de la lactancia con preparados para lactantes (PPL). Este incremento es aún más marcado en el subsector público de Montevideo.

Este estudio se propuso comprender los factores que inciden en la alimentación de los recién nacidos en la maternidad y al alta, en un hospital público de Montevideo, desde la perspectiva del personal de salud y de las madres. Se analizaron las percepciones, barreras y prácticas de los técnicos que participan de la atención del nacimiento y de la díada madre-hijo durante la estancia en la maternidad. También se examinaron las vivencias y representaciones de las mujeres acerca de la lactancia y el uso de preparados, y sus prácticas en torno a la alimentación de sus hijos. Además, se caracterizó al subsector público de salud del país, y en especial al de Montevideo, a partir de la exploración de bases de información secundarias.

Para alcanzar los objetivos se empleó una metodología mixta, que combinó métodos cuantitativos y cualitativos. Se realizaron análisis de fuentes secundarias, entrevistas en profundidad al personal de salud y a las madres, así como observaciones participantes en la maternidad bajo estudio.

Los hallazgos dan cuenta de que la alimentación de los recién nacidos se encuentra moldeada por las características organizacionales de la institución, en lo que respecta a procesos, logística y recursos humanos, materiales y económicos. También influyen en ella los conocimientos, prácticas y representaciones del personal de salud y de las madres. Aspectos relacionados a la gestión individualizada de las enfermerías de la mujer y el recién nacido fragmentan el abordaje en detrimento de una visión holística del binomio, necesaria ya que esta práctica requiere de ambos cuidados.

Se identificó una disponibilidad discrecional de preparados para lactantes, lo que habilita al personal de salud a recurrir a ellos de manera frecuente. Esta situación convive con barreras detectadas en relación con los recursos humanos y el tiempo para la priorización de la lactancia, en contextos donde priman la rapidez y el dinamismo de las intervenciones. La cesárea parece presentar mayores desafíos, ya que en este escenario de nacimiento aumenta la indicación "PPL si requiere", habilitando su uso en situaciones de necesidad percibida o real. Por un lado, en la decisión de indicar preparados se reconoce la posibilidad de cubrir las necesidades calóricas y nutricionales del recién nacido. Para el personal de salud entrevistado, el suplementar la lactancia con PPL surge del temor a riesgos de complicaciones, como la deshidratación y las hipoglucemias. Por otro lado, la percepción de necesidad de esta indicación se presenta frente a dificultades

percibidas en relación al llanto, como señal de hambre, y al sueño intermitente propio de los recién nacidos.

Si bien se reconocen los beneficios de la leche materna frente a los PPL, la lactancia se presenta como un tema de baja prioridad frente a otros que revisten gravedad. Esto conduce a la percepción de que, en ciertas ocasiones, no se le dedican el tiempo ni los recursos humanos suficientes al fomento de su inicio temprano, a la vez que existe cierta desconfianza en las capacidades maternas de iniciar y mantener la práctica de lactancia.

Por otra parte, este estudio encontró que los conocimientos previos y las formas en las que las madres representan la lactancia pueden condicionar su experiencia. Las expectativas respecto al volumen de producción de leche, al dolor (o su ausencia) al amamantar y al comportamiento del recién nacido —en cuanto a hábitos de sueño, vigilia, llanto y demanda del pecho— no siempre se ajustan a la realidad vivida. Esto puede dar lugar a la percepción de que la lactancia es dificultosa o que no se instaura de un modo exitoso.

Las madres entrevistadas relatan dificultades en diversos planos. En cuanto al cuerpo biológico, la sensación de que la leche materna no alcanza está relacionada con la dificultad del recién nacido para conciliar el sueño y el temor a su descenso de peso, así como con el dolor al amamantar. A su vez, las emociones transitadas por las mujeres durante el puerpe-

rio plantean otro conjunto de obstáculos para la lactancia: las frustraciones ocasionadas por el desajuste entre lo esperado y la realidad, la incertidumbre y la preocupación respecto a la producción y suficiencia de leche, el cansancio y el estrés. Estos aspectos pueden dificultar la instauración de la lactancia de forma exclusiva y, eventualmente, conducir a la introducción de PPL. A ello se agregan los inconvenientes en la lactancia que no se abordaron durante la estancia en la maternidad, y que vuelven a las mujeres más proclives a la solicitud e introducción de PPL.

La investigación realizada pone en evidencia la necesidad de conceptualizar el fenómeno de la alimentación de los recién nacidos en general, y de la lactancia en particular, como procesos socioculturales y no solamente biológicos. El camino hacia la lactancia debe comprenderse como un proceso multicausal en el que interactúan diversos actores: mujeres madres, entorno familiar, lactantes y personal de salud. Deben considerarse los elementos psicológicos, emocionales, sociales, culturales, institucionales y vinculares; así como aquellos relacionados a las creencias, conocimiento, información, recursos materiales y condiciones sociales de vida de sus protagonistas.

Los resultados muestran la relevancia de reflexionar acerca de ciertas prácticas naturalizadas y rutinizadas vinculadas a la alimentación de los recién nacidos. Este estudio aporta insumos para el fortalecimiento de las políticas institucionales con el fin de mejorar

la gestión y coordinación en los diferentes escenarios de nacimiento de forma integral, con énfasis en reconocidas estrategias sobre buenas prácticas de alimentación del lactante y salud materna, basadas en evidencia científica. Finalmente, se espera que los resultados de esta investigación contribuyan a problematizar el aumento del uso de preparados para lactantes posterior al nacimiento, durante la estancia en la maternidad y al alta, en otras instituciones del país.

Sobre el estudio

1. Puntos de partida

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la lactancia materna exclusiva (LME) es la forma ideal de brindar a los niños menores de seis meses los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. La protección, promoción y apoyo de la lactancia en las áreas de maternidad de los hospitales son fundamentales para asegurar el mejor inicio de esta práctica (1). Existe consenso acerca de que los días posteriores al nacimiento resultan cruciales para una lactancia materna (LM) exitosa.

- La alimentación del lactante se facilita a través del alojamiento madre-hijo (AMH), es decir, manteniendo a las madres cerca de sus bebés en el hospital. Comienza con el contacto piel con piel (CPP), inmediatamente después del nacimiento, y continúa con el AMH de 24 horas y la alimentación a libre demanda. Estas son prácticas centrales incluidas en los “Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural” de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) (2). La implementación de procedimientos de atención a la maternidad alineados con las recomendaciones del IHAN se asocia con mejores tasas de LM, tanto intrahospitalaria como posterior al alta (3).

- La leche humana es un fluido vivo multifuncional que se va adaptando a las necesidades del lactante durante su proceso de crecimiento y desarrollo. La lactancia materna exclusiva (LME) es definida como la alimentación que re-

cibe el lactante solo a través de leche humana, incluida la leche extraída de la madre. No comprende otros líquidos ni sólidos, a excepción de gotas o jarabes conformados por vitaminas, suplementos minerales o medicinas (4).

- Los preparados para lactantes (PPL) se incluyen dentro de los sucedáneos de la leche materna y se definen como “alimentos comercializados o de otro modo preparados como sustitutos parciales o totales de la leche materna, sean o no adecuados para ese fin” (5). Estos productos tienen una composición nutricional diferente a la leche humana y no poseen la mayoría de sus sustancias bioactivas (6-7). Se ha intentado igualar el valor nutritivo de esta leche para asegurar un adecuado proceso de crecimiento y desarrollo infantil. Sin embargo, la elaboración de un producto idéntico a la leche materna no es factible, debido a su compleja y cambiante composición química.

- Las prácticas de alimentación asociadas a los PPL, que difieren de las vinculadas a la LM, pueden disminuir la capacidad de los recién nacidos (RN) de regular sus señales de apetito y saciedad. Esto puede llevar a que los bebés sean sobrealimentados y aumenten rápidamente de peso (8-11).

- La elevada disponibilidad de los preparados para lactantes en el mercado, y el intenso marketing asociado a su comercialización, constituyen dos de los factores responsables de las bajas tasas de LME (12). Durante décadas, los PPL se han promocionado como una

forma superior, moderna y conveniente de alimentar a los niños (7), o como una opción de vida, sin mencionar sus consecuencias negativas en la salud y en lo económico (13). Según Neifert y Bunik (14), la introducción de los PPL en la alimentación del lactante no suele estar asociada a razones médicas, sino a la falta de preparación del personal de salud (PS) en el manejo de la lactancia.

- La alimentación con PPL en el hospital se asoció con un destete más temprano; con un riesgo de entre 2,5 a 6 veces mayor de abandono de la lactancia durante el primer año, frente a los RN alimentados exclusivamente con leche materna en el hospital (8).

- Entre los riesgos asociados al uso de PPL se incluyen: la posibilidad de reacciones alérgicas o intolerancias en los bebés y el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por la manipulación de alimentos, producida al momento de preparar estos productos (10).

- Si bien puede requerirse el uso de preparados para lactantes en las maternidades de los hospitales, los motivos deben estar justificados clínicamente. Se debe seguir una secuencia de selección que establece, primero, la lactancia directa, segundo, la leche extraída de la propia madre, tercero, recurrir al Banco de Leche Humana —cuando esté disponible— y recién después se optaría por los PPL; siempre considerando sus riesgos potenciales, especialmente en las primeras semanas de vida (15). Muchos bebés reciben PPL innee-

sariamente durante la estadía en el hospital, lo cual puede afectar el inicio oportuno de la lactancia materna, así como su continuidad de manera exclusiva. La decisión de suplementar con este tipo de preparados requiere un análisis cuidadoso sobre sus riesgos y beneficios, teniendo en cuenta la elección informada de la mujer y la familia.

- De acuerdo con los resultados del monitoreo de cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna en Uruguay, la gran mayoría de los PPL incluyen en sus envases textos o imágenes que idealizan su utilización o generan la falsa creencia de que estos son equivalentes a la leche materna. (7)

- En nuestro país, los resultados de distintas fuentes de información (10,11,16) muestran diferencias en la implementación de la lactancia materna y el uso de PPL, según características sociodemográficas y educativas (17-18). En este sentido, los datos indican que la LME es mayor en el tercil de ingresos más altos de la sociedad. A su vez, los niños del subsector público de salud en Montevideo reciben indicación de PPL en la maternidad en una proporción considerablemente mayor a la de los nacidos en el subsector privado de salud.

- Las encuestas nacionales de lactancia (10,19) reflejan un descenso en los egresos de la maternidad con LM exclusiva en los últimos 10 años y un aumento en la indicación de PPL o

de lactancia mixta al alta. Este incremento es aún más marcado en el subsector público de Montevideo.

- En relación con la alimentación de los RN durante su estadía en la maternidad, los últimos datos de los servicios de salud muestran que el 44,5 % recibió PPL. Este porcentaje es notablemente superior en el subsector público de Montevideo, donde asciende a 71,1 %. (17)

- El inicio temprano de la lactancia materna, es decir, durante la primera hora de vida, ha demostrado ser una práctica protectora de la lactancia (2). Los últimos datos que ofrece la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENLM) 2020 reflejan que en el 69,1 % de los casos la indicación de alimentación al alta fue continuar amamantando de forma exclusiva, mientras que en el 25,5 % se indicó lactancia mixta (combinada con el uso de PPL). En el 3 % de los casos la indicación al alta fue la administración de PPL en forma exclusiva (17).

- Un estudio desarrollado en base al Sistema Informático Perinatal (SIP), en 2016, investigó los factores que influyen en la probabilidad de que los recién nacidos egresen de la maternidad con indicación de LM mixta. Este concluyó que las mujeres de mayor edad, primerizas, con sobrepeso u obesidad y que no recibieron clases de preparación para el parto tuvieron más probabilidad de que sus hijos egresaran de la maternidad con LM no exclusiva. Asimismo, en aquellos bebés que nacieron por cesárea, prematuros y que no

estuvieron en alojamiento conjunto con sus madres también se incrementó la posibilidad de recibir LM no exclusiva al alta de la maternidad. Además, este trabajo señala que todas aquellas mujeres y sus hijos que se atendieron en centros públicos de salud en Montevideo tuvieron más probabilidad de egresar con LM mixta que aquellas que lo hicieron en centros privados. (20)

- La alimentación del recién nacido, y la lactancia materna en particular, son fenómenos socioculturales. Esto no implica negar su condición de proceso biológico y nutritivo, sino que supone poner de relieve que la práctica excede los límites de la biología y tiene otras implicaciones que van más allá de la nutrición del lactante.

- Las conductas individuales y las subjetividades asociadas a la salud, la percepción de riesgo y la corporalidad se construyen a través de imperativos que emergen desde lugares diversos, tales como los medios de comunicación, las agencias gubernamentales, los profesionales de la salud, los expertos, las instituciones educativas, la familia y otras relaciones interpersonales (21). Por lo tanto, las personas no toman sus decisiones —relacionadas al cuidado de su salud y de sus dependientes— de manera racional, sino que existen factores de características muy diversas que condicionan y configuran los comportamientos sociales vinculados a la salud.

- Además de cuestiones identitarias y sociales, la alimentación del RN en general, y la lactan-

cia en particular, involucran una diversidad de emociones y constituyen un aspecto central en las prácticas de crianza de hijos e hijas. Alimentar, amamantar y nutrir no solo implican un cuerpo productor de leche y otro que la recibe, sino que también comprenden aspectos emocionales, valoraciones, representaciones, expectativas y recursos, tales como el tiempo.

2. Objetivos del estudio

Objetivo general

- Comprender los aspectos que inciden en la forma de alimentación de los recién nacidos en la maternidad de un hospital del subsector público de Montevideo, desde la perspectiva del personal de la salud y de las madres, considerando el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 en 2021.

Objetivos específicos

- Describir y sistematizar los procesos y los recursos humanos y materiales destinados al manejo de la alimentación de los RN en la maternidad del hospital, desde el ingreso de la futura madre hasta el alta.
- Conocer las percepciones del personal de salud (PS) sobre los desafíos o barreras presentes en los procesos, logística y recursos humanos y materiales relacionados al manejo de la alimentación de los RN en la maternidad bajo estudio.

- Comprender las prácticas y representaciones del PS acerca de la lactancia y el uso de los PPL en la maternidad.

- Comprender las vivencias y representaciones de las mujeres, que han parido sus hijos en la maternidad bajo estudio, en relación a la lactancia y al uso de los PPL, así como sus prácticas en torno a la alimentación del RN.

- Profundizar en el análisis de bases de datos como la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENLM) y el Sistema Informático Perinatal (SIP) para comprender características propias del subsector público de salud, en especial de Montevideo.

3. Metodología

Para este trabajo se empleó una metodología mixta, es decir, se combinó el método cuantitativo con el cualitativo.

Estrategia cuantitativa

Consistió en el procesamiento y análisis de fuentes secundarias —Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia (2020) y Sistema Informático Perinatal— para comprender características propias de las maternidades del subsector público de salud, en especial de Montevideo.

Estrategia cualitativa

Se planteó un diseño metodológico cualitativo flexible mediante dos técnicas de investigación: entrevista en profundidad semiestructurada y observación participante.

Entrevistas en profundidad

En conformidad con lo propuesto en el diseño de investigación, se entrevistó a cinco informantes calificados (IC) de diferentes disciplinas (neonatología, ginecología, enfermería y obstetricia), que se desempeñaban en cargos de dirección y tenían capacidad de toma de decisión en la maternidad bajo estudio.

Además, se conformó una muestra del personal de salud (PS), orientada a proporcionar

heterogeneidad en las posiciones discursivas, que incluyó a 2 auxiliares de enfermería, 4 licenciados en enfermería, 2 parteras, 5 neonatólogos (incluyendo 4 residentes), 2 voluntarias de la maternidad, 2 nutricionistas y 2 ginecólogos (incluyendo un residente).

Por otra parte, se entrevistó a 6 madres (incluyendo aquellas de bebés prematuros) que cumplían con los criterios de selección establecidos: haber tenido un hijo en la maternidad bajo estudio (entre marzo de 2020 y junio de 2021) y no haber recibido contraindicación absoluta de lactancia (por motivos médicos, como VIH) ni contraindicación relativa justificada (por ejemplo, por motivos vinculados al consumo problemático de sustancias).

Para el reclutamiento de participantes se conformó un listado de potenciales entrevistados del primer y segundo grupo (IC y PS), mientras que en el caso de las madres se realizó un reclutamiento por medio de la técnica bola de nieve. Se aplicó el criterio de saturación teórica para detener la realización de entrevistas y el instrumento para la recolección de datos fue la pauta de entrevista.

Las personas entrevistadas dieron su consentimiento para participar en el estudio. Las entrevistas se realizaron mayormente en modalidad virtual, mediante la plataforma Zoom de RUANDI. Las entrevistas presenciales se realizaron en esta modalidad a pedido de los y las participantes, en espacios libres, cumpliendo con los requisitos de distanciamiento

físico, uso de mascarilla y otras medidas de protección. Las personas fueron oportunamente y debidamente informadas acerca de los objetivos del estudio y las características de su participación en calidad de entrevistados. En total se realizaron 30 entrevistas, que fueron grabadas y luego transcritas.

Observación participante

El trabajo de campo transcurrió entre los meses de agosto y diciembre de 2021. Durante este período de tiempo se realizaron 11 observaciones en la maternidad, que se distribuyeron en una ventana temporal de tres semanas. Las visitas se realizaron en distintos turnos y días de la semana, y a cada una de ellas se concurrió en duplas de investigadoras. Se solicitó la autorización de las autoridades y referentes del hospital, y cada visita fue anunciada oportunamente. Las prácticas observadas se registraron en una bitácora de campo. Durante estas visitas se realizaron entrevistas informales con personal de salud, así como con madres o acompañantes presentes. Se informó a las personas acerca del estudio, sus características, su confidencialidad y anonimato.

Las investigadoras que realizaron las observaciones, previamente acordadas y pautadas con el PS y autoridades del hospital, cumplieron con el requisito de estar inmunizadas contra el COVID-19, así como con los días necesarios posvacunación. Además, ingresaron a la maternidad con todas las medidas de protección y seguridad requeridas.

Aspectos éticos

- El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la institución en la que se realizó el estudio.
- Se utilizó consentimiento informado.
- Se mantuvo el anonimato de los y las participantes.
- Se devolvieron los resultados a los distintos actores involucrados y se realizaron reuniones de intercambio con autoridades, así como talleres de reflexión y debate con el personal de salud de la maternidad.

Resultados

En esta sección se presentan de manera sintética los principales hallazgos del estudio. La información se organiza en función de los objetivos específicos de la investigación, que buscan aportar conocimiento acerca de los factores que inciden en la alimentación de los recién nacidos (RN) en la maternidad, con énfasis en la problematización del uso de preparados para lactantes (PPL).

1. Situación de la alimentación en la maternidad y al alta en los subsectores públicos nacional y de Montevideo

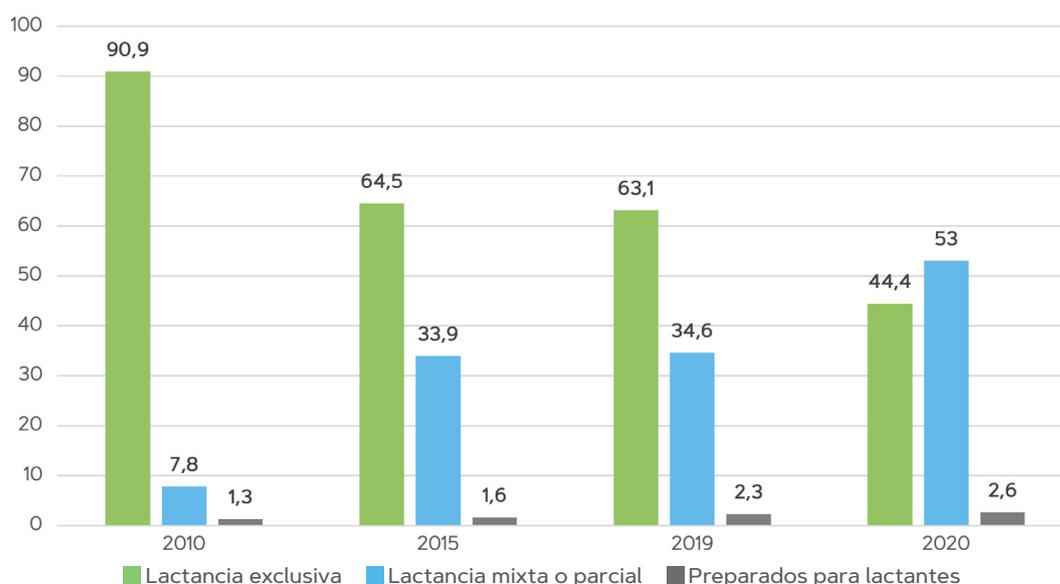
En Montevideo, la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) a los 6 meses de vida es un

punto más alta que la media nacional. Esto podría deberse a los esfuerzos desarrollados en el primer nivel de atención en salud, así como al deseo de las madres de alimentar a sus bebés con LME durante los primeros meses de vida.

Por otra parte, nacer en el subsector público de Montevideo aumenta 2,5 veces el riesgo de uso de preparados para lactantes, en comparación con el subsector privado, y, durante la estancia en la maternidad, el uso de PPL es significativamente mayor en el subsector público (Anexo: Tablas 1 y 5).

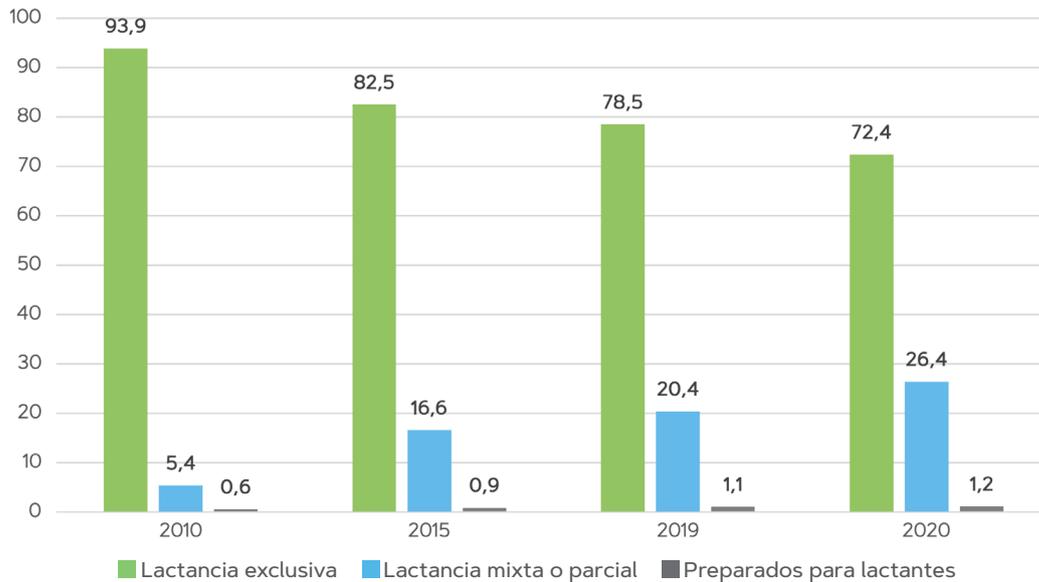
Algunas características detectadas a través del análisis de la ENLM 2020, respecto a los subsectores público y privado de Montevideo, ofrecen

Figura 1: Alimentación al alta de la maternidad analizada en este estudio, en porcentajes



Fuente 1: procesamiento propio en base a los datos del SIP.

Figura 2: Alimentación al alta de las maternidades en Uruguay, en porcentajes



Fuente 2: procesamiento propio en base a los datos del SIP.

insumos para determinar quiénes tienen más riesgo de uso de PPL. Esto permitirá priorizar y discutir, de forma más individualizada, qué prácticas deberían fortalecerse para reducir el riesgo de uso de PPL, durante la internación y al alta. Ser madre primeriza, tener más de 35 años, contar con menos de 9 años de educación y haber tenido bebés prematuros —o que no iniciaron la lactancia en la primera hora de vida— son factores que aumentan el riesgo de recibir indicación de PPL (Anexo: Tablas 1, 2 y 5).

Según el SIP, en la maternidad bajo estudio (Figura 1), la evaluación de la alimentación de los recién nacidos al alta muestra que la lactancia mixta (lactancia más uso de PPL) ha ido en significativo aumento en los últimos 10

años, lo que se asocia con un descenso en la alimentación con LME al alta. En esta maternidad, la lactancia materna exclusiva al egreso baja de 90 % en 2010 a 44,4 % en 2020. La lactancia mixta aumenta de 7,8 % al egreso en 2010 a 53 % en 2020. En este último año se da que, por primera vez, la alimentación con lactancia parcial al egreso es mayor al 50 % y se ubica por encima de la LM exclusiva.

Los datos nacionales (Figura 2) muestran una caída de casi 20 puntos porcentuales en la LME al alta de la maternidad, pasando de 93,9 % en 2010 a 72,4 % en 2020. Esta cifra puede proponerse como objetivo de la alimentación con LM exclusiva al egreso en la maternidad bajo estudio.

2. Logística, recursos y procesos involucrados en la alimentación del RN

A continuación, se detallan aspectos vinculados a la logística, procesos, recursos y protocolos presentes en la maternidad bajo estudio, que inciden en la alimentación de los RN.

2.1. Suministro de leche humana extraída, de banco y PPL

La disponibilidad de recursos materiales (como los extractores), el uso o no de las salas de lactancia, la disponibilidad de leches: extraída fresca, materna donada y PPL —así como también su descarte— son factores que condicionan el tipo y las formas de alimentación de los RN. La logística y los procesos involucrados en ellas añaden una mayor complejidad en su accesibilidad, administración, manipulación y descarte.

Siguiendo el orden de prioridades en la alimentación, el manejo de leche materna extraída fresca requiere del acceso a extractores y otras tecnologías de lactancia. Estos materiales no son de fácil acceso para las madres ni tampoco se cuenta con personal para facilitar y acompañar estas demandas. También es necesario el uso de la sala de lactancia de la unidad neonatal, lo que a su vez genera traslados y esperas que no condicen con el proceso fisiológico de amamantar.

Respecto al Banco de Leche Humana (BLH) —disponible para las madres de la maternidad bajo estudio— existen reglamentos y condiciones para su acceso y uso que no siempre contribuyen a cubrir las necesidades de la díada madre-hijo que lo requiera, ya que se necesita una indicación previa. Uno de los principales problemas identificados es que, cuando las madres se extraen la leche, deben esperar la indicación médica para que esta llegue a su bebé, desestimulando su uso. Adicionalmente, el descarte de leche humana donada proveniente del banco (más allá de la extraída por las madres) puede vincularse a la desconfianza del PS sobre este producto. Esta suspicacia puede estar asociada a la composición nutricional de la leche, a los procesos tecnológicos a los que se la somete, al impacto del proceso de pasteurización y los componentes bioactivos, a la seguridad microbiológica, a la conservación de la cadena de frío y a la trazabilidad en general.

En paralelo, se identificaron dificultades respecto al recorrido, abastecimiento, manipulación y descarte de PPL provenientes del lactario. Uno de los hallazgos del estudio tiene que ver con que existe una reserva de PPL excesiva que no se ajusta a las necesidades de los RN, basadas en las indicaciones médicas. Esto da lugar a una disponibilidad discrecional de preparados para lactantes, habilitando al PS a recurrir a ellos de manera frecuente —y a descartar su excedente—, lo que supone un gasto innecesario, tanto económico como de tiempo.

2.2. Barreras percibidas por el PS en la priorización de la lactancia materna

El personal de salud considera que los principales obstáculos para el manejo oportuno de la lactancia se encuentran en el alojamiento madre-hijo (AMH). Argumentan que existe escasez de recursos humanos para atender la gran cantidad de nacimientos diarios y falta de tiempo para brindar asesoramiento adecuado en lactancia. También mencionan dificultades en la extracción de la leche materna y la existencia de mensajes contradictorios desde el PS hacia las madres, que pueden atentar contra el éxito de la lactancia. A su vez, aseguran que el cuidado de los tiempos de los RN en el inicio a la lactancia, y el propio proceso de adaptación a la vida extrauterina, quedan relegados producto de las dinámicas e interacciones propias de este modelo de atención, en el que priman la rapidez y el dinamismo de las intervenciones.

Hay que pedir por favor que el recién nacido esté en contacto [con su madre] antes de que pase por neonatología. Parece que si no lo pesamos o lo medimos ya va a perder kilos, se va a achicar, cuando en realidad vemos un recién nacido vigoroso que respira sin dificultad, con tono muscular y llanto. Dejemos un poquito que conecte con la madre antes de medirlo, pesarlo y toda esa cuestión. (E13, partera)

Aspectos organizacionales como la existencia de enfermería separadas, una neonatal o del recién nacido y una de la mujer adulta, así como el volumen de trabajo diario —que es percibido como muy elevado por el PS— pueden estar contribuyendo a que la LM no sea considerada una prioridad entre las tareas cotidianas de los equipos de salud. La existencia de una lógica de enfermería diferenciadas contribuye a diluir las responsabilidades en el apoyo y asesoramiento en lactancia. Se fragmenta el abordaje en detrimento de una visión holística del binomio, necesaria ya que esta práctica requiere de ambos cuidados.

Al estar separadas [las enfermería] creo que se empiezan a dividir roles: vos te ocupás de la mamá, el pecho es de la madre, pero el que toma teta es el bebé, así que es de Enfermería Neonatal. No tiene sentido esa separación, no sé, es complicado, sobre todo ayudar a la mamá, porque al separar roles no es responsabilidad de nadie y la pelota de la lactancia va de un lado a otro. (E3, IC, neonatología)

2.3. Instrumentos institucionales relacionados a la alimentación del RN

Tanto los equipos de salud como las madres entrevistadas comparten la percepción de que no existen criterios comunes sobre la alimentación del recién nacido. El PS no es explícito

respecto a la presencia de guías de práctica clínica u otro tipo de orientación vinculada a la alimentación del RN. De todos modos, la sola existencia de pautas no basta para que estas se plasmen efectivamente en prácticas cotidianas. Es posible afirmar que, con cierta independencia de los lineamientos normativos, existen prácticas repetidas y aprendidas en la formación de las diferentes disciplinas, que se sedimentan y actúan como guía para la acción. La distancia que existe entre los protocolos y las prácticas habituales hace necesario adecuar las guías teóricas —basadas en evidencias o recomendaciones internacionales— a la realidad y complejidad de la maternidad bajo estudio, y a la particularidad de cada díada madre-hijo.

Se detectó una ausencia de materiales o herramientas educativas e informativas sobre la alimentación del RN —dirigidas a las usuarias y sus familias— que estuviesen adaptadas a la realidad específica de esta maternidad. Buena parte de las iniciativas vinculadas a la promoción de la lactancia y apoyo a las madres implican esfuerzos individuales, por lo que se torna necesario continuar con el proceso de institucionalización de ciertas propuestas a partir de la dotación de recursos. Por último, el personal de salud relata carencias en la formación recibida para la resolución de casos particulares y dificultades asociadas a los momentos iniciales de la lactancia en la práctica clínica.

3. Prácticas y representaciones del PS en relación a la alimentación del RN

3.1. Según el escenario de nacimiento

Bebés recién nacidos sanos

Conforme a lo recomendado, la primera opción para el recién nacido es la leche materna mediante pecho directo. No obstante, ante dificultades (no necesariamente asociadas a situaciones clínicas específicas) se recurre a la indicación de preparados para lactantes, sobre todo ante riesgos de descenso de peso del RN. Es posible sospechar que, aun en los nacimientos de bebés sin complicaciones de salud, existe una rutinización y naturalización de la indicación de PPL. Así lo expresó una de las personas entrevistadas en el marco de este estudio:

El mundo ideal sería que pudieran estar todas con pecho directo, pero la realidad es que pecho más complemento es lo que se utiliza todos los días. (E18, residente de neonatología)

Bebés prematuros o con complicaciones de salud

En el caso de los bebés que nacen prematuros o con complicaciones de salud, la leche materna fresca es valorada como un elemento muy preciado para su recuperación y evolución. Sin embargo, en ocasiones

esta se ve como un producto, y a la madre como su productora, sin tener en cuenta las vivencias, representaciones y emociones que transversalizan la experiencia corporal de la producción y extracción de leche, así como el proceso de amamantamiento. En este sentido, en la descripción clínica sobre la alimentación de estos bebés se utilizan términos como: producción, volumen, frecuencia, suficiente o insuficiente; al tiempo que se lleva un meticuloso y pormenorizado registro de la cantidad y volumen de extracciones de la madre.

Bebés nacidos por cesárea

Se ha apreciado que se perpetúan ciertos mitos en los nacimientos por cesárea. Por ejemplo, que hay demora en la bajada de la leche poscesárea, que puede haber dificultades con el volumen del calostro y que el dolor materno no permite un buen inicio de la lactancia. En estos casos, se relata una mayor indicación de preparados para lactantes, bajo la indicación "PPL si requiere", dejando abierta la posibilidad de utilizarlos en diversas situaciones de necesidad percibida o real.

La percepción de la necesidad de PPL puede estar vinculada a las representaciones del PS y de las madres en torno a la lactancia óptima y al comportamiento esperado del bebé. A modo de ejemplo, una dificultad en el acople no necesariamente debería conducir a la administración de PPL ni tampoco la sensación de que el bebé no duerme o llora porque la leche materna no sacia su apetito.

Creo que es una realidad que el niño que nace por cesárea está más predis- puesto, quizás, a que uno le dé com- plemento, a recibir complemento y no tanto pecho directo. (E17, residente de neonatología)

3.2. PS involucrado en la alimentación del RN

Se identifica una estandarización y medicaliza- ción de la atención sanitaria del nacimiento, la alimentación y las prácticas neonatales, basa- das en los resultados clínicos y los parámetros teóricos. Estos son presentados como crite- rios y normas que deben aplicarse a través de prácticas de control hacia los recién nacidos y las mujeres. La mirada sobre la alimentación de los RN, desde un modelo biomédico de neona- tología, tiene en cuenta solamente factores y estándares teóricos. No considera la pluralidad de componentes sociales, culturales y de con- texto que pueden estar incidiendo en el éxito de las prácticas de alimentación, especialmen- te en la lactancia. Este abordaje podría tender hacia la despersonalización, ya que quedan au- sentes criterios vinculados a las necesidades emocionales de la madre y el bebé.

Además, se percibe una ausencia de linea- mientos claros acerca de las responsabilidades del personal de salud en este tema, así como la existencia de dificultades para un asesora-

miento oportuno e individualizado hacia la día- da madre-hijo. El área de enfermería se limita a seguir las indicaciones médicas respecto a la alimentación del RN. Sin embargo, se identificó que cuando se enfrentan a la indicación “PPL si requiere” (y la madre lo solicita), en general acceden, lo cual se identificó como un proble- ma asociado a la discrecionalidad. Se observa entonces una dificultad en el personal de salud para apropiarse de pautas de manejo clínico que puedan favorecer la lactancia, así como in- convenientes para el trabajo interdisciplinario en el apoyo a esta práctica y a la alimentación del RN en general, especialmente en el aloja- miento madre-hijo (AMH).

3.3. Discursos y prácticas sobre la lactancia

En los discursos del personal de salud acerca de la alimentación exitosa se aprecia que exis- ten distintos criterios: uno que pone el foco en aspectos biológicos (neonatología) y otro que propone una visión más holística (extendida en el resto del PS). Se identifican limitaciones para favorecer el contacto primario piel con piel del RN con su madre, una práctica que no parece ser frecuente entre el PS o bien no es lo suficientemente prolongada, especialmen- te en casos de cesáreas. La lactancia se pre- senta como un tema de baja prioridad, frente a otros que revisten gravedad, y se percibe que en ciertas ocasiones no se le dedica el tiempo ni los recursos humanos suficientes al fomento de su inicio temprano. Se reconocen

los beneficios de la leche materna frente a los PPL, pero parece primar la evitación de riesgos que puedan derivar de una alimentación insuficiente, a la vez que existe cierta desconfianza en las capacidades maternas de iniciar y mantener la práctica de lactancia.

Desde la perspectiva del PS, la lactancia materna se propone como una alternativa altamente valorada y se les solicita a las madres que actúen acorde a dicha valoración. La leche materna fresca es vista como un “producto” necesario —y por ende se busca obtener la mayor cantidad posible— dejando de lado, en muchas ocasiones, las complejidades que puede suponer la obtención de esa leche.

Cabría preguntarse si ideas como esta pueden suponer un peso adicional para las madres —especialmente para las puérperas—, que, encontrándose en una situación desconocida en el caso de las primíparas, y posiblemente también desconcertante para las múltiparas, el mandato de hacer constantemente “lo mejor para el bebé” las desvíe de prestar atención a lo que realmente sienten, desean y necesitan. Además, a la capacidad biológica para producir leche se agregan otras responsabilidades sociales para la madre, que pueden contribuir a soslayar sus estados emocionales.

Resulta asimismo pertinente cuestionar en qué medida el estímulo a la extracción constante de leche, y su continuo seguimiento,

puede resultar un tanto invasivo y excesivo, convirtiéndose en una técnica de control y vigilancia sobre los cuerpos de las mujeres. ¿Qué sucede con la presión que genera la sensación de supervisión continua sobre su producción de leche? Adicionalmente, en las dinámicas e interacciones propias del modelo de atención en el cual muchas veces rigen la rapidez y el dinamismo, se observa que el respeto a los tiempos de los RN, en el inicio de la lactancia y en el proceso de adaptación a la vida extrauterina, queda relegado.

3.4. Discursos y prácticas sobre los PPL

El personal de salud entrevistado relata que la necesidad de suplementar la lactancia con PPL surge del temor a riesgos de complicaciones en la salud del RN, como la deshidratación y las hipoglucemias. También ocurre en los nacimientos por cesárea, cuando se trata del primer hijo y cuando se perciben probables dificultades en el amamantamiento bajo determinadas circunstancias, no siempre evidenciadas científicamente. Estas apreciaciones se suman a la complejidad de lograr un apoyo oportuno y asertivo a la lactancia en sala. También se añaden las potenciales dificultades y criterios disímiles que suelen presentarse en el acceso a otras formas de alimentación con leche humana (extraída fresca o donada), sea por problemas con la leche fresca de las mujeres en el AMH o por la falta de disponibilidad de leche de banco en determinadas situaciones.

Estas razones conducen a la indicación “PPL si requiere”, por parte del área de neonatología, que deja la decisión del suministro de preparados para lactantes en manos del personal de enfermería, por su cercanía a las madres y su conocimiento sobre la continuidad del proceso. Ellos son los receptores de las percepciones maternas en relación al apetito, sueño y llanto del RN: las causas de indicación de PPL más mencionadas por el PS y las mujeres.

A veces pasa que uno ve que le dejamos [indicado]: ‘si requiere PPL a término, tantos CC.’, entonces ya lo cubrís por sí enfermería ve que [el recién nacido] no se prende [al pecho] o que la mamá tiene poca leche, lo dejan como indicado. (E17, residente de neonatología)

Estas situaciones no han sido contempladas en las guías de procedimientos o en orientaciones que permitan atenderlas de manera específica para reducir la sobreutilización de PPL y proteger la lactancia en la maternidad. La mayor dotación de recursos específicos — tanto de PS capacitado para el asesoramiento y resolución de dificultades en la LM como de implementos o técnicas para la extracción de leche materna— podría constituir un paso previo a la administración de PPL, en aquellos casos en los que este se vuelve la primera opción al alcance.

Entre los beneficios mencionados con relación a los PPL, se encuentra la posibilidad de cubrir las necesidades calóricas y nutricionales del RN, ante un aporte insuficiente de la leche materna. También se los percibe como una alternativa válida en caso de que la madre tome la decisión de no amamantar. Los riesgos percibidos se relacionan especialmente con problemas digestivos y con su composición nutricional diferente a la de la leche humana, no siempre reconocida como tal por el equipo de salud.

3.5. Representaciones del PS acerca de las madres

Según lo relevado, se presupone que el perfil de vulnerabilidad de las usuarias en ocasiones conduce a que el personal de salud subestime la importancia de lo que les está sucediendo o su capacidad de entendimiento. También se considera que la experiencia de internación en la maternidad bajo estudio otorga condiciones habitacionales y alimenticias que se sitúan por encima de los estándares de vida de las madres.

Cuando el PS se refiere a las mujeres, salen a la luz ciertas generalizaciones que hacen alusión a los problemas de adicción, las patologías psiquiátricas, al padecimiento de ITS (sobre todo de VIH) e incluso a la desvinculación hacia sus bebés. Se trata de valoraciones que parecen derivar de sus representaciones acerca de las condiciones materiales de vida de esta población. Por lo tanto, es relevante reflexionar en qué medida este tipo de concepciones

pueden contribuir a configurar, al interior de la institución, mecanismos de estigmatización y reproducción de las desigualdades sociales pre-existentes.

Tenemos una población de muy difícil comprensión, tenemos personas con patologías psiquiátricas, con problemas de adicción, mucha complejidad. También personas que de repente están con el niño ahí y no lo quieren como si fuera suyo, ves esos factores y decís: “Con esta señora, me voy a asegurar de que el niño se alimente”, en estas condiciones hay mucha variabilidad.
(E4, IC, Enfermería)

4. Vivencias de las mujeres que han sido madres en la maternidad bajo estudio acerca de la lactancia y el uso de PPL

Entre los factores que inciden en la alimentación del RN, resulta relevante considerar las representaciones, mitos y creencias de las madres y familias acerca de este fenómeno, ya que estas moldean sus decisiones y prácticas.

4.1. Representaciones, mitos y creencias sobre la alimentación del RN

Es posible identificar en las mujeres la presencia de varios mitos respecto a la alimentación, y en particular sobre la lactancia, que no necesariamente se apoyan en evidencia científica. La transmisión oral de saberes, a través de las relaciones interpersonales y de manera intergeneracional, aparenta ser un factor de relevancia en el moldeo de estos conocimientos y representaciones.

Los conocimientos previos y las formas en las que las madres representan la práctica de lactancia pueden condicionar su experiencia. Estas expectativas se relacionan con el volumen de producción de leche, el dolor (o su ausencia) al amamantar y el comportamiento del recién nacido en cuanto a hábitos de sueño, vigilia, llanto y demanda del pecho. Cuando estas no se ajustan a la realidad vivida, puede generarse la sensación de que la lactancia es dificultosa o

que no se instaura de un modo exitoso. Estos casos pueden llevar incluso a desconfiar de la leche materna y valorar la administración de PPL.

A pesar de que las madres prestan atención a las recomendaciones médicas, también mantienen una posición autónoma ante las dificultades y pueden eventualmente recurrir a otro tipo de conocimientos para resolver sus problemas, o bien no seguir las indicaciones del personal de salud al pie de la letra.

4.2. Dificultades en la lactancia

Las madres entrevistadas en este estudio relatan dificultades en diversos niveles en relación con el proceso de amamantar (Figura 3).

Dificultades vinculadas al cuerpo biológico

Las mujeres hacen referencia a la sensación de contar con leche, pero sentir que no les sale, a la percepción de que la leche materna no sacia el apetito del bebé —lo que se asocia con dificultades para conciliar sueño y con la pérdida de peso del RN— y al dolor causado por el inadecuado agarre del bebé durante las tomas, atribuido al desconocimiento de las técnicas correctas de lactancia. Este último es mencionado como un potente motivo que conduce a abandonar el deseo de amamantar y, en consecuencia, recurrir a los PPL. En otros casos, la responsabilidad se coloca en bebés “haraganes” que no hacen el esfuerzo de prenderse al pecho. Se habla de

dificultades para que el bebé tome leche porque se duerme, y no logra la estimulación de la producción, lo que tiene como consecuencias la pérdida de peso del RN e incluso pezones lastimados en la madre.

Dificultades relacionadas con los estados emocionales

Aun en madres no primerizas, en el puerperio inmediato, se menciona como una dificultad el desconocimiento u olvido de las formas adecuadas de amamantar, la sensación de frustración por no lograr hacerlo de manera adecuada (aun queriendo) y el estrés debido a que no les sale leche, lo que conduce a la administración de PPL. En casos de nacimientos prematuros o de bebés nacidos con complicaciones de salud, se menciona la ansiedad vinculada a esas situaciones, que se asocia con dificultades para la producción de un volumen adecuado de leche materna. A los estados de salud del RN y la mamá, en algunos casos, se añaden obstáculos de traslado, alimentación y falta de descanso. Esto puede derivar en optar por alimentar al bebé con leche materna ordeñada en biberón, generando un acostumbamiento a la mamadera y un rechazo al pecho. A su vez, la situación antes descrita, que provoca frustración en la madre —por la baja cantidad de leche y por la incomodidad del bebé que no logra alimentarse—, también puede conducir a la administración de PPL. La incertidumbre y la preocupación respecto a la producción y suficiencia de leche, el estado emocional, el cansancio y los nervios son percibidos como inhibidores de dicha producción, lo que dificulta la instauración de la lactancia.

Dificultades influidas por representaciones acerca de la lactancia

Parece existir un choque entre la representación previa de las madres primerizas acerca de la lactancia, como práctica no dolorosa, y un amamantamiento que involucra dolor. Además, experiencias anteriores percibidas como negativas pueden jugar una mala pasada y condicionar el éxito de la instauración adecuada de la lactancia.

Dificultades asociadas al entorno

Las madres manifiestan la sensación de que falta atención a las particularidades de cada binomio madre-hijo. Mencionan que la existencia de un discurso, por parte del personal de salud, acerca de que es esperable que la lactancia no se dé automáticamente, ni de manera sencilla, puede contribuir a naturalizar las dificultades y generar frustración.

Además, las mujeres perciben una imposibilidad para trasladar los obstáculos vinculados a la lactancia al PS, debido a la sensación de que la maternidad está sobrecargada y el personal debe priorizar lo que a su juicio reviste mayor complejidad y urgencia, lo que convierte a la lactancia en poco prioritaria. Incluso en los casos en los que se les pregunta expresamente sobre el tema, relatan tener inconvenientes para comunicar estos problemas. Por último, las madres mencionan dificultades para continuar con el proceso de lactancia, que comenzó con éxito durante la internación —buena succión, buena producción, donación de leche—, una vez que reciben el alta. Mencionan una baja

drástica en la producción de leche en el hogar, lo que las lleva a recurrir al PPL.

Asimismo, algunas madres perciben una ausencia de empatía y de consideración por parte del PS respecto a las familias, y a las madres en particular, que atraviesan momentos de complejidad no solo en relación a sus cuerpos —que se encuentran en un estado clí-

nico que supone un proceso de recuperación, sobre todo si tuvieron cesárea—, sino también a la adaptación al bebé y a las circunstancias particulares que atraviesa. A ello se agrega la vulnerabilidad emocional de algunas familias por el estado de salud de aquellos bebés que nacieron prematuros o con complicaciones de salud.

Figura 3: Dificultades percibidas por las madres en relación a la lactancia



Fuente 3: elaboración propia en base al análisis de entrevistas realizadas a usuarias.

En resumen, es necesario reflexionar acerca de la importancia de que tanto el embarazo y el nacimiento como las prácticas de alimentación del RN constituyan procesos en los que se respeten las decisiones maternas. Es relevante que el PS involucrado en estos eventos evite mensajes que puedan dar lugar a sensaciones de sobrecarga y sobreexigencia en las madres, en relación con el bienestar de sus bebés. A la vez, es pertinente reflexionar acerca del papel que eventualmente puedan desempeñar otros miembros de la familia en estos fenómenos, en caso de estar presentes, con el fin de aliviar la demanda que recae sobre las madres.

4.3. Percepciones sobre los PPL

Como se mencionó anteriormente, existen representaciones estereotipadas acerca de la lactancia y de qué esperar de un recién nacido en general, y en particular en relación con su

alimentación, que entran en juego a la hora de configurar experiencias percibidas como más o menos exitosas. Cuando lo que sucede en la práctica no se ajusta a lo esperado, las madres podrían estar más proclives a recurrir a los preparados para lactantes. Asimismo, se administra PPL cuando existen y persisten dificultades en la lactancia, o bien ante la indicación médica por motivos vinculados a la salud del RN.

La fórmula es ese escape rápido, está ahí, a un polvito le echas agua, lo bates y está [listo]. También hay mucha gente que tiene la creencia de que eso, lo que no vemos, capaz que no le damos fe. Pero lo que le veo es el beneficio de la rapidez, está ahí y es un alimento inmediato. (E25, madre)

5. Desafíos relacionados al manejo de la alimentación de los RN en la maternidad estudiada, en contexto de pandemia

Uno de los objetivos específicos de este estudio consistió en indagar qué sucedió con la alimentación de los recién nacidos en la maternidad estudiada, a partir de la emergencia sanitaria por la pandemia del COVID-19. Contrariamente a lo esperado, no fue un tema que surgiera de forma espontánea en los discursos de los y las entrevistadas. Esto permite deducir que las prácticas institucionales vinculadas a la alimentación del RN, salvo en los primeros momentos de la pandemia, no se vieron radicalmente alteradas por ella. También es posible suponer que en el momento en el que se desarrolló este estudio —segundo semestre del 2021— las complejidades introducidas por la llegada del coronavirus a nuestro país se encontraban naturalizadas e incorporadas en las rutinas institucionales cotidianas.

Sin embargo, las personas entrevistadas identificaron una serie de barreras y desafíos en el contexto de pandemia, al ser consultadas de manera expresa. Las principales dificultades identificadas tienen que ver con aspectos logísticos, como problemas para ubicar a pacientes pendientes de hisopado o COVID positivos, y vinculares: distancia entre el personal médico y las usuarias (introducida por el uso de equipos de protección personal), aislamiento de pacientes positivas y menor tiempo de contacto entre el PS y las madres.

También se identificaron inconvenientes en aspectos que inciden en la alimentación de los RN: separación de madres e hijos luego del nacimiento sin promover la lactancia, dificultades por la sobredemanda de extractores, problemas de las madres positivas para visitar a sus bebés, entre otras. A ello se agregan los relatos acerca de la incertidumbre con la que se vivió la llegada del COVID-19 entre el personal de salud.

Nos ponemos la sobretúnica, el gorro, los guantes, los zapatones y el tapabocas... obviamente. En realidad, estamos un poco hartos de vestirnos, sacarnos y ponernos cada vez que tenemos que entrar a verlos. Ese cambio seguro es el más impersonal, a veces estás asistiendo el parto con todo el disfraz y el mameluco, y al otro día vas a ver a la puérpera cuando ya es negativa y ni siquiera te reconoce... (E24, residente de ginecología)

Aportes para la reflexión

La investigación realizada se orientó a generar insumos para contribuir a mejorar el abordaje de la alimentación de los RN: las prácticas, competencias y habilidades para la protección de la lactancia exclusiva y, especialmente, la reducción del uso de PPL durante la estancia y al alta en una maternidad del subsector público de Montevideo. Los principales hallazgos de este proceso de investigación pueden contribuir a problematizar el aumento del uso de PPL posterior al nacimiento, durante la estancia en la maternidad y al alta, en otras instituciones del país.

Los resultados de este trabajo ponen en evidencia la necesidad de comprender el fenómeno de la alimentación del RN en general, y de la lactancia en particular, como procesos socioculturales y no solamente biológicos. En tal sentido, se torna pertinente comprender y abordar el camino hacia la lactancia tomando en cuenta que es un suceso multicausal en el que interactúan diversos actores: madres, entorno familiar, lactantes y personal de salud. Además, deben considerarse especialmente los elementos psicológicos, emocionales, sociales, culturales, institucionales y vinculares; así como aquellos relacionados al conocimiento y la información, los recursos materiales y las condiciones sociales de vida de sus protagonistas.

Los hallazgos de este estudio invitan a dimensionar la relevancia y necesidad de consolidar los instrumentos y prácticas institucionales para el fortalecimiento y protección de la lac-

tancia. El objetivo es garantizar que las madres y los RN reciban una atención oportuna y adecuada —antes y durante su estadía en la maternidad—, que facilite una alimentación óptima del RN, en la medida en que esto sea posible y deseado. Con ello se apunta a la promoción de la salud y el desarrollo del recién nacido, priorizando las evidencias que respaldan el impacto positivo de la lactancia en los niños, las familias y la sociedad en su conjunto. De esta forma se asegura, desde una perspectiva de derechos humanos, el derecho de los niños y niñas a ser amamantados y de las mujeres a amamantar, si así lo desean.

Es necesario incorporar perspectivas no hegemónicas en el campo de la salud, que habiliten otras lecturas e interpretaciones acerca de los procesos bajo estudio, considerando la alimentación del RN y la lactancia como fenómenos de carácter no solo biológico, sino también social y cultural.

Sin soslayar los aspectos biológicos, nutricionales y directamente relacionados con el estado de salud del lactante y de la madre, es necesario repensar la alimentación y la lactancia como fenómenos atravesados por emociones, representaciones sobre la propia práctica, mandatos sociales sobre la maternidad y otra multiplicidad de factores de índole sociocultural. La evidencia ha mostrado la impronta de los entornos alimentarios desde el inicio de la vida; en los que la publicidad, el marketing y la generación de expectativas y aspiraciones intervienen en las prácticas de crianza.

Los hallazgos de este trabajo evidencian que la alimentación del RN se encuentra moldeada por las características organizacionales de la institución, en lo que respecta a procesos, logística y recursos, así como también influyen en ella las prácticas y representaciones del PS y de las madres.

Resulta especialmente relevante apostar a la reflexión en torno a ciertas prácticas naturalizadas y rutinizadas, tales como la indicación frecuente de “PPL si requiere”. Esta última

tiene su origen en múltiples cuestiones y podría estar contribuyendo al descenso en la indicación de lactancia materna exclusiva y al aumento en la indicación de lactancia mixta, al momento del alta de la maternidad. La ausencia de un discurso coherente y unificado del personal de salud respecto a la alimentación de los recién nacidos —y en particular sobre la lactancia y la leche materna— contribuyen a que las madres perciban una ausencia de criterios claros sobre el tema durante su estancia en la maternidad.

Recomendaciones

En cuanto a las políticas institucionales, se propone fortalecer la coordinación de potenciales esfuerzos en relación con la alimentación de los RN en los diferentes escenarios de nacimiento. Es conveniente planificar la gestión de todos los sectores y sus particularidades, y establecer objetivos comunes, tal y como lo plantea la estrategia de Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño/a Pequeño/a (BPA).

Resulta fundamental adoptar una política institucional de BPA, que contemple la protección, promoción y apoyo a la lactancia, guiada por las evidencias más recientes: las series sobre lactancia materna de la revista *The Lancet*, de 2016 y 2023, y las recomendaciones de organismos referentes como la IHAN, de OMS/UNICEF. Se recomienda especialmente incluir la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adaptado a las particularidades de cada una de las maternidades de los hospitales.

Además, es importante redimensionar el rol de los Bancos de Leche Humana, con el objetivo de que pueda disponerse de leche donada —como segunda opción— cuando la leche materna fresca, a través de lactancia directa o diferida, no sea posible. Es necesario consensuar procedimientos y circuitos ajustados a la realidad de cada maternidad, que permitan utilizar de mejor manera este recurso.

En el ámbito normativo, es fundamental perfeccionar protocolos de manejo clínico —des-

de la interdisciplina— sobre las prácticas de alimentación del RN en sus diversas situaciones, que dialoguen con las guías, consensos y evidencias actualizadas. En este sentido, se sugiere elaborar protocolos de uso y distribución, así como un sistema de monitoreo, para evitar descartes de los diferentes tipos de leche. Asimismo, se recomienda garantizar las condiciones y los recursos humanos necesarios para implementar el contacto piel con piel (CPP) inmediato y apoyar el inicio temprano de la lactancia materna, independientemente de la vía de nacimiento, siempre que la situación clínica lo permita.

Se sugiere valorar la posibilidad de relevar en la historia clínica de la paciente aspectos relacionados a la indicación de PPL (formulario de indicación), a través de las sugerencias de la *Guía de uso de preparados para lactantes de hasta 12 meses del MSP* (2016). Es importante discutir la posibilidad de lograr un consenso en las modalidades de indicación de la alimentación del RN, por parte del equipo médico o del grupo de profesionales que desarrolla intervenciones y realiza valoraciones, como forma de mejorar la comunicación entre los integrantes del equipo de cada turno de trabajo. Esta sugerencia también aplica a las tecnologías de la lactancia: uso de extractor e intermediarios.

En esta misma línea, se recomienda establecer la descripción de tareas de las diversas disciplinas que participan de los procesos de nacimiento y alimentación del RN: ginecólogo-

gos, obstetras parteras, nutricionistas, enfermeros, neonatólogos y fonoaudiólogos. De esta forma, se logra una optimización de recursos mediante el desempeño de actividades específicas por parte de cada uno de los actores de las especialidades involucradas. Esto puede contribuir a mejorar la calidad de los procesos de protección de la lactancia y de otras formas de alimentación del RN, cuando sean necesarias.

Con respecto a la formación del personal de salud, es aconsejable priorizar el desarrollo de habilidades y competencias para la valoración clínica de la práctica de lactancia, a través de una modalidad de *screening* de casos con mayores dificultades, para priorizar los recursos humanos disponibles en el apoyo a la LM. Se debe orientar en la extracción de leche materna, en la alimentación del RN con LM extraída y en los motivos justificados para la indicación de PPL, cuando se requiera. En este último caso, es importante comunicarlo a todo el equipo y evaluar su cumplimiento. También es recomendable realizar capacitaciones acerca del uso de terminologías acordes, utilización de hojas diseñadas para la indicación de PPL y formas de implementarlo. Además, cuando se decide instaurar una alimentación con biberón, es necesario capacitar al personal en relación a la alimentación perceptiva con este instrumento.

Asimismo, es fundamental consensuar conocimientos y prácticas sobre las dificultades más reiteradas por el personal de salud en este es-

tudio. Algunas de ellas son: acople adecuado del RN, salida efectiva de leche, expectativas en la llamada “bajada de leche”, tiempos reales de las etapas de la lactogénesis y la alimentación con calostro, volúmenes de leche, conocimientos sobre lactancia en posoperatorios de cesáreas, tiempos y frecuencia de tomas, significado de la libre demanda en la maternidad y el sueño, llanto y proceso de adaptación del RN, sobre todo, en los casos de recién nacidos sanos.

También es necesario desarrollar capacitaciones y sensibilizaciones para el abordaje de situaciones especiales pero frecuentes en esta maternidad. Estas implican desafíos comunicacionales y requieren de herramientas emocionales en el PS, que favorezcan la empatía y posibiliten el mejor acompañamiento durante el nacimiento, posparto e internación en los diversos escenarios, desde un enfoque de derechos.

El personal que presta servicios de apoyo a la LM debe tener conocimientos actualizados —basados en referencias y evidencias validadas—, competencias y habilidades (tanto técnicas como comunicacionales), que sean suficientes y necesarios para apoyar a las mujeres que decidan amamantar. Es recomendable que las intervenciones sean focalizadas, teniendo en cuenta características singulares y no siempre universales.

En lo que respecta a la gestión, se propone mantener un sistema de monitoreo y seguimiento de

indicadores validados de lactancia materna acerca de todas sus formas de administración y sustitutos. Esto incluye una vigilancia sobre el uso y trazabilidad de las diferentes leches (LM fresca, LM donada y PPL) para recoger información que permita optimizar los procesos que favorecen su disponibilidad.

También se recomienda incluir en los informes institucionales el indicador de la alimentación al alta que ofrece el SIP para contextualizar las tendencias y analizar su asociación con el tipo de nacimiento, los pesos al nacer, las patologías maternas y del RN, así como los contextos sociales de las familias. Esto permitirá comprender los motivos detrás de las diferentes formas de alimentación de los RN en la maternidad y al egreso.

Además, se sugiere discutir la posibilidad de incluir estudios de costos asociados al uso de PPL, en las diversas áreas de la maternidad, y acerca del impacto de la protección de la lactancia en los costos del sistema de salud en general, desde una perspectiva de gestión y salud pública. Es importante destinar recursos humanos suficientes dedicados total o parcialmente a la evaluación, detección oportuna de dificultades frecuentes y apoyo a la lactancia, con entrenamiento específico sobre habilidades clínicas en esta práctica.

También es fundamental considerar los aspectos mencionados por las mujeres en este estudio, con relación a la lactancia y los PPL, como forma de realizar consejería basada

en evidencia. Algunas de sus principales preocupaciones son: saciar el hambre del bebé, el sueño del RN y su relación con la alimentación, el llanto, la calidad de la leche humana y del PPL, las expectativas en la producción de calostro (sobre todo en casos de cesáreas), entre otras creencias. Es importante trabajar en ellas de forma empática para desarrollar materiales audiovisuales claros.

Por otra parte, es necesario mejorar los procedimientos para no administrar PPL innecesariamente a los RN nacidos por cesárea. Esto incluye la formación del equipo de salud, basada en evidencia, para desterrar mitos relacionados con el efecto de las cesáreas en la lactancia. Se propone fortalecer el rol de las parteras como personal idóneo para la educación y apoyo a la lactancia antes del nacimiento, en las salas de nacer y, posteriormente, en las salas de alojamiento madre-hijo (AMH).

Además, se recomienda promover la reflexión acerca del carácter del vínculo que se establece entre las madres y el personal de salud, que puede estar condicionado por las representaciones recíprocas y experiencias previas. Es importante continuar profundizando en el trabajo hacia una atención respetuosa y un vínculo entre el PS y las usuarias en el que exista reconocimiento a la autonomía, los deseos y las decisiones maternas respecto a la alimentación de los RN.

Por otra parte, se sugiere evaluar el uso y la receptividad de los materiales que se entre-

gan a las familias —en temas de lactancia y otras formas de nutrición con leche materna y PPL—, incluyendo aspectos como la alimentación perceptiva en el marco del cuidado amoroso en la lactancia diferida (con biberón). El material escrito que se entrega a las familias debe ser conocido, en su contenido y objetivos, por el personal de salud. Además, debe ser utilizado como apoyo para la educación en lactancia, de manera que haya una apropiación de la información, tanto por parte de la familia como del personal que brinda asistencia al binomio. Se recomienda también considerar el uso de herramientas informáticas, que acerquen a las usuarias y sus familias a la información a la cual el PS espera que accedan. Este estudio brinda elementos para construir canales de mayor llegada —como materiales educativos y aplicaciones— acordes al perfil y las necesidades de las mujeres, para que estas puedan utilizarlos antes del nacimiento de sus hijos e hijas.

Asimismo, se sugiere implementar un plan aplicable e individualizado de alimentación al alta, en acuerdo con la familia, que permita continuar con la LM o la alimentación con leche humana, así como anticipar y sortear dificultades frecuentes como: congestión mamaria,

dolor al amamantar, percepción de leche insuficiente y crisis de lactancia. Es fundamental brindar información sobre recursos institucionales y comunitarios para la consulta específica en caso de dificultades (policlínicas de lactancia, recursos online validados, entre otros). A su vez, es importante reflexionar acerca de la relevancia de incorporar a los diagnósticos, de alimentación de los RN y de lactancia materna, abordajes metodológicos que habiliten lecturas profundas de lo estudiado y permitan dar voz a los y las protagonistas.

En conclusión, es imperioso realizar acciones que reviertan la tendencia ascendente en la prevalencia del uso de PPL, durante la internación y al alta de la maternidad. Se recomienda desplegar acciones orientadas al establecimiento de entornos propicios para la protección de la lactancia, acordes a los diversos escenarios donde esta sea promovida y apoyada. De esta forma, las madres lograrán sus objetivos de lactancia y los bebés recibirán la mejor alimentación posible, durante su estadía en la maternidad y luego del alta. Asimismo, se redimensionará el impacto de esta práctica en el bienestar, la equidad y la salud pública.

Bibliografía citada

1. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. [Internet]. Ginebra: 2010 [citado 15 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
2. MSP. Norma Nacional de Lactancia Materna. Ordenanza ministerial No 62. Montevideo, Uruguay: 2017.
3. Bartok CJ, Ventura AK. Mechanisms underlying the association between breastfeeding and obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*. 2009 Jan 1;4(4):196-204. doi: 10.3109/17477160902763309
4. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ginebra: 1981.
5. Ventura AK, Mennella JA. An Experimental Approach to Study Individual Differences in Infants' Intake and Satiation Behaviors during Bottle-Feeding. *Childhood Obesity*. 2017 Feb;13(1):44-52. doi: 10.1089/chi.2016.0122.
6. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):491-504. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01044-2
7. Lee HJ, Elo IT, McCollum KF, Culhane JF. Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and duration among low income inner city mothers. *Social science quarterly*. 2009 Dec;90(5):1251-71. doi: 10.1111/j.1540-6237.2009.00656. x.
8. McCoy MB, Heggie P. In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics*. 2020 Jul 1;146(1). doi: 10.1542/peds.2019-2946.
9. Walker M. Formula Supplementation of Breastfed Infants: Helpful or Hazardous? *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*. 2015;7(4):198-207. doi:10.1177/1941406415591208.
10. Carrero A., Ceriani F., de León C., Girona A. Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. 2020. MSP, INE, UNICEF, RUANDI.
11. Garibotto, G.; Martínez, N.; Núñez, S. (Comp). Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS). Cohorte 2018. Montevideo:2020. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP.
12. Lupton D. La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia: 2003.
13. Victora CG, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanis-

ms, and lifelong effect. *The Lancet*, 2016. Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.

14. Neifert M, Bunik M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatric Clinics*. 2013 Feb 1;60(1):115-45. doi: 10.1016/j.pcl.2012.10.001.

15. Le Huërou-Luron I, Blat S, Boudry G. Breast- v. formula-feeding: impacts on the digestive tract and immediate and long-term health effects. *Nutrition research reviews*. 2010 Jun;23(1):23-36.

16. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Administración de Servicios de Salud del Estado ASSE. Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal. Montevideo 2021.

17. World Health Organization, UNICEF. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

18. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and birth*. 2010 Dec 1;23(4):135-45.

19. Bove I, Cerruti F. Encuesta Nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años, usua-

rios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay. MSP/MIDES/RUANDI/UNICEF, 2011.

20. De Souza N; de León C ¿Qué factores influyen en la probabilidad de que los recién nacidos egresen de la maternidad con lactancia materna no exclusiva? Estudio realizado sobre la base de datos del Sistema Informático Perinatal en Uruguay en el 2016. Tesis presentada para obtener el título de Magíster en Nutrición. Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, 2018.

21. Li R, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*. 2010 Jun;125(6): e1386-93. doi:10.1542/peds.2009-2549.

22. Horta BL, Victora CG & World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization: 2013. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/97892?sequence=1>

23. Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2012 May 1;166(5):431-6. doi:10.1001/archpediatrics.2011.1665.

Bibliografía consultada

Abad Miguélez, B. Investigación social cualitativa y dilemas éticos: De la ética vacía a la ética situada [Internet]. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*. 2016 (34): 101-120. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/16524>

Alonso L. La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa. Madrid: Editorial Fundamentos; 1998. ISBN: 84-245-0776-2.

Anguera, M.T. La observación. En C. Moreno Rosset (Ed.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* [Internet]. 2003 (pp. 271-308). Madrid: Sanz y Torres. [I.S.B.N. 84-96094-16-2] Disponible en: <http://www.observesport.com/desktop/images/docu/gh87qq4t.pdf>

Ares G, de León C. Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de los sucedáneos de la leche materna [Internet]. 2019. MSP OPS UNICEF. ISBN: 978-9974-8602-3-0. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Monitoreo%20del%20cumplimiento%20del%20codigo%20FINAL%202019.pdf>

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha [Internet]. 2017. Disponible en <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/contacto-piel-con-piel-en-las-cesareas>

Bartick M, Reyes C. Las dos cosas: an analysis of attitudes of latina women on non-exclusive breastfeeding [Internet]. *Breastfeed Med*. 2012 Feb;7(1):19-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22007765/> <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0039>

Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, Dozier AM. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding [Internet]. *J Pediatr*. 2012 Oct;161(4):608-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22575242/>

Castro, Roberto. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México, en *Teoría social y salud* [Internet]. 2011. Buenos Aires Editorial/UNAM. Disponible en: <https://libros.crim.unam.mx/index.php/lc/catalog/download/131/36/295-1?inline=1>

Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed [Internet]. *J Pediatr*. 2014 Jun;164 (6):1339-45.e5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24529621/>.

Dabritz HA, Hinton BG, Babb J. Maternal hospital experiences associated with breastfeeding at 6 months in a northern California county [Internet]. *J Hum Lact*. 2010 Aug;26(3):274-85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20484659/> <https://doi.org/10.1177/0890334410362222>

De Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review [Internet]. *Midwifery*. 2013 May;29(5):506-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23099152/> <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.009>

DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? [Internet] *Birth*. 2003. Jun;30(2):94-100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12752166/> <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00227.x>

Dillaway, HE y Douma, ME. ¿Los consultorios pediátricos “apoyan” la lactancia materna? Discrepancias entre los informes de las

madres y los profesionales de la salud [Internet]. *Pediatría clínica*. 2004. 43 (5), 417-430. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000992280404300502> <https://doi.org/10.1177/000992280404300502>

Dios-Aguado, M. D., Gómez-Cantarino, S., Rodríguez-López, C. R., Queirós, P. J. P., Romeira-Álvarez, L., & Espina-Jerez, B. Breastfeeding and feminism: Social and cultural journey in Spain [Internet]. 2020. Escola Anna Nery, 25. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hyhJyxf5ZKLC99bwkd3BcZQ/?lang=es>

Esselmont E, Moreau K, Aglipay M, Pound CM. Residents' breastfeeding knowledge, comfort, practices, and perceptions: results of the Breastfeeding Resident Education Study (BRES) [Internet]. *BMC Pediatr*. 2018 May 22;18(1):170. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29788928/> <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1150-7>

FAO/OMS. Norma para preparados para lactantes y preparados para usos medicinales especiales destinados a los lactantes [Internet] CXS 72-1981 Codex Alimentarius. Disponible en: https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FStandards%252FCXS%2B72-1981%252FCXS_072s.pdf

Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, Taylor JS, Lee KG, Terrell MJ, Noble L, Maynor AR, Meek JY, Stuebe AM. Evidence-Based Updates on the First Week of Exclusive Breastfeeding Among Infants ≥ 35 Weeks [Internet]. *Pediatrics*. 2020 Apr;145(4):e20183696. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32161111/>

Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, Sorenson JR. Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: a national study of residents and practitioners [Internet]. *Pediatrics*. 1995 Sep;96(3 Pt 1):490-4. PMID: 7651783. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7651783/>
<https://doi.org/10.1542/peds.2018-3696>

Kong SK, Lee DT. Factors influencing decision to breastfeed [Internet]. *J Adv Nurs*. 2004 May;46(4):369-79. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15117348/>
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03003.x>

Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding [Internet]. *J Am Diet Assoc*. 2005 Dec;105(12):1943-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16321602>
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.09.007>

Lau, JD, Zhu, Y. & Vora, S. Una evaluación de un programa de apoyo y educación perinatal para aumentar la lactancia materna en una

comunidad estadounidense de origen chino [Internet]. *Matern Child Health J* 25, 214-220 (2021). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33196922/>
<https://doi.org/10.1007/s10995-020-03016-z>

Lok KYW, Bai DL, Tarrant M. Family members' infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions [Internet]. *Midwifery*. 2017. Oct; 53:49-54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755584/>
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.003>

Mahon-Daly P, Andrews GJ. Liminality and breastfeeding: women negotiating space and two bodies [Internet]. *Health Place*. 2002. Jun;8(2):61-76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11943579/>
[https://doi.org/10.1016/s1353-8292\(01\)00026-0](https://doi.org/10.1016/s1353-8292(01)00026-0)

Martin CR, Ling PR, Blackburn GL. Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula [Internet]. *Nutrients*. 2016 May 11;8(5):279. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4882692/>
<https://doi.org/10.3390/n8050279>

Martin M, Keith M, Olmedo S, Edwards D, Barrientes A, Pan A, Valeggia C. Cesarean section and breastfeeding outcomes in an Indigenous Qom community with high breastfeeding support [Internet]. *Evol Med Public Health*. 2022 Jan 4;10(1):36-46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8830290/>
<https://doi.org/10.1093/emph/foab045>

Martínez AP. ¿Y tú, das pecho o biberón? Narrativas, identidad de género y lactancia materna [Internet]. Desacatos. Revista de Ciencias Sociales. 2020 Jun 23(63):104-21. Disponible en: <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/2260>

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Nov 25;11(11):CD003519. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885658/>
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>

Ministerio de Salud Pública- Recomendaciones para el manejo de la lactancia materna y COVID-19 [Internet]. Montevideo, Uruguay: 2019. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP_LACTANCIA_MATERNA_0.pdf

Ministerio de Salud Pública. División de Programación Estratégica en Salud Departamento de Salud Sexual y Reproductiva. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio [Internet]. Montevideo, Uruguay: 2014 Disponible en: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf>

MSP. Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses [Internet]. Montevideo, Uruguay: 2017. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20uso%20de%20preparados%20para%20lactantes%20hasta%2012%20meses.pdf>

Mullen AJ, O'Connor DL, Hanley AJ, Piedimonte G, Wallace M, Ley SH. Associations of Metabolic and Obstetric Risk Parameters with Timing of Lactogenesis II [Internet]. Nutrients. 2022 Feb. 19;14(4):876 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8879345/>
<https://doi.org/10.3390%2Fnu14040876>

Noboa A, Robaina N. Conocer lo Social II: estrategias y técnicas de construcción y análisis de los datos cualitativos [Internet]. Uruguay: Fundación de Cultura Universitaria; 2015. Disponible en: <http://alejandrino.uy/resources/files/others/librosypublicaciones/Libroconocerlosocial.pdf>

Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding [Internet]. Pediatrics. 2013 Mar;131(3): e726-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23420922/>
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>

Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: preguntas frecuentes [Internet]. Ginebra (Suiza): 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.1>

Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología [Internet] - Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018 Ginebra: 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513807>

Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna y COVID-19: informe científico, 23 de junio de 2020 (n.º OMS/2019 nCoV/Sci_Brief/Breastfeeding/2020.1). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332720/WHO-2019-nCoV-FAQ-Breast_feeding-2020.1-spa.pdf

Papadima M. Joan B Wolf, 'Is breast best?' (New York & London: New York University Press, 2011), 256pp., ISBN 9780814794814. Taking on the breastfeeding experts and the new high stakes of motherhood. *Studies in the Maternal*. 2011 Jul 1;3(2). <https://doi.org/10.16995/sim.69>

Piwoz EG, Huffman SL. The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices [Internet]. *Food Nutr. Bull.* 2015 Dec;36(4):373-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314734/>
<https://doi.org/10.1177/0379572115602174>

Pound CM, Williams K, Grenon R, Aglipay M, Plint AC. Breastfeeding Knowledge, Confidence, Beliefs, and Attitudes of Canadian Physicians [Internet]. *J Hum Lact.* 2014 Aug;30(3):298-309 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24919510/>
<https://doi.org/10.1177/0890334414535507>

Reid J, Schmied V, Beale B. 'I only give advice if I am asked': examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers [Internet]. *Women Birth.* 2010. Jun;23(2):74-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20053594/>
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.12.001>

Rodríguez García, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna [Internet]. *Antropología Experimental*, (15). Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2620>

Sales Cecilia, Castanha Alessandra, Aléssio Renata. Aleitamento materno: representações sociais de mães em um Distrito Sanitário da cidade do Recife. *Arq. sostenes psicol.* [Internet]. 2017 [citado el 26 de julio de 2023]; 69(1): 184-199. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000100014&lng=en.

Sánchez Aguilera, Montserrat; Palacios Ramírez, José. La lactancia materna como un mecanismo biocultural y como práctica social [Internet]. *Garnata* 91. 2021; 24: e202327. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/g91/e202327>

Shafaei, FS, Mirghafourvand, M. & Havizari, S. El efecto del asesoramiento prenatal sobre la autoeficacia de la lactancia materna y la frecuencia de problemas de lactancia materna en madres con lactancia materna fallida previa: un ensayo clínico controlado aleatorizado [Internet]. *Salud de la mujer BMC* 20, 94. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>

Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM, et al. Inicio tardío de la lactancia materna y supervivencia infantil: una revisión sistemática y metaanálisis [Internet]. *PLoS ONE* 12(7): e0180722. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722>

Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. Influence of grandmothers on breastfeeding

practices [Internet]. *Rev. Saude Publica.* 2005 Apr;39(2):141-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15895130/> <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000200001>

Tan, ML, Foong, SC, Ho, JJ et al. La percepción de las mujeres posparto sobre la educación prenatal sobre lactancia materna: una encuesta descriptiva [Internet]. *Int Breastfeed.* 2020. J 15, 85. Disponible en: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-020-00328-2#citeas> <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00328-2>

Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* [Internet]. 2003. Jul;112(1 Pt 1):108-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12837875/> <https://doi.org/10.1542/peds.112.1.108>

The roles and influence of grandmothers and men [Internet]. Washington: Infant and Young Child Nutrition Project 2011. Disponible en: <https://www.fsnnetwork.org/resource/roles-and-influence-grandmothers-and-men-evidence-supporting-family-focused-approach>

UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn [Internet]. New York: UNICEF; 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBF-report.pdf>

Valles. M. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional [Internet].1999. Síntesis Sociología. Disponible en: [https://eva.fic.udelar.edu.uy/pluginfile.php/25827/mod_resource/content/1/Valles%2C%20Miguel%20\(1999\)%20Tecnicas_Cualitativas_De_Investigacion_Social.pdf](https://eva.fic.udelar.edu.uy/pluginfile.php/25827/mod_resource/content/1/Valles%2C%20Miguel%20(1999)%20Tecnicas_Cualitativas_De_Investigacion_Social.pdf)

Williams EL, Hammer LD. Breastfeeding attitudes and knowledge of pediatricians-in-training. Am J Prev Med. 1995 Jan-Feb;11(1):26-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7748583/>

Anexos

Tabla 1. Uso de PPL en la internación según subsector de salud y educación materna, NSE, paridad y edad materna en Montevideo

Variable	Subsector	Uso de PPL en internación	Intervalo de Confianza (IC) 95 %
Educación Materna			
>9 años	Privado	41.4 %	36-47.1
<=9 años	Privado	43.6 %	36-51.5
>9 años	Público	80.7 %	56.5-93.1
<=9 años	Público	67.5 %	53.2-79.1
NSE			
Alto	Privado	44 %	21.5-69.1
Bajo	Privado	30 %	23-38.1
Medio	Privado	43.2 %	37.5-49.1
Bajo	Público	67.2 %	52.8-79
Medio	Público	87 %	58.9-96.9
Paridad			
Múltipara	Privado	31.8 %	26.5- 37.6
Primípara	Privado	54.5 %	47.9-61
Múltipara	Público	66.6 %	49.7-80.1
Primípara	Público	77.5 %	60.7-88.5
Edad materna			
>=35 años	Privado	42.1 %	34.4-50.2
<35 años	Privado	42.1 %	36.7-47.8
>=35 años	Público	90.6 %	61.1-98.4
<35 años	Público	69.5 %	57-79.7

Fuente: Procesamiento propio en base a los datos ENLM 2020

Tabla 2. Uso de PPL en la internación en una maternidad pública de Montevideo y su relación con peso al nacer, edad gestacional, tipo de nacimiento e inicio temprano de la lactancia

Variable		Uso de PPL en internación	Intervalo de Confianza (IC) 95 %
Peso al nacer	<2500	85.6 %	66.1-94.8
	2500-2999	58.2 %	30.3-81.6
	3000-3999	74.2 %	59.8-84.7
	>=4000	74.8 %	10.2-98.7
Edad gestacional	<37 semanas	100 %	
	>=37 semanas	68.5 %	55.3-79.3
Tipo de nacimiento	Parto	58.2 %	42.5-72.4
	Cesárea	91.2 %	79.8-96.4
Inicio temprano de lactancia	<1 hora desde nac.	56 %	38.1-72.5
	>=1 hora desde nac.	85 %	70.3-93.1

Fuente: Procesamiento propio en base a los datos ENLM 2020

Tabla 3. Tasas de lactancia materna exclusiva según subsector de salud

Subsector	Tasa LME (%)	Intervalo de Confianza (IC) 95 %
Público	58.1	40.4-74
Privado	54.20	47.5-61.1

Fuente: Procesamiento propio en base a los datos ENLM 2020

Tabla 4. Uso de PPL en maternidades públicas y privadas de Montevideo

Subsector	Uso PPL Montevideo	Intervalo de Confianza (IC) 95 %
Público	71.8 %	60.1-81
Privado	41.7 %	37.9-45.4

Fuente: Procesamiento propio en base a los datos ENLM 2020

Tabla 5. Factores asociados a la indicación de PPL al alta de la maternidad en Montevideo

Variable	PPL al alta			Odd Ratio (Intervalo de Confianza (IC) 95 %)
	B	S. E	Sig.	
Educación materna (<9 años)	0.792	0.282	0.005	2.21 (1.27-3.84)
Edad materna (a mayor edad más riesgo de PPL al alta)	0.057	0.022	0.009	1.06 (1.01-1.11)
Peso al nacer (>2500g)	-0.771	0.969	0.426	0.46 (0.07-3.09)
Tipo de parto (espontáneo)	-0.449	0.269	0.095	0.64 (0.38-1.08)
Apoyo lactancia (Si)	0.034	0.310	0.913	1.03 (0.56-1.9)
Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera toma al pecho (>1 hora)	0.532	0.259	0.041	1.7 (1.02-2.83)
Paridad (primer hijo)	0.862	0.268	0.001	2.37 (1.4-4.01)
Edad gestacional (<37 semanas)	1.361	0.438	0.002	3.9 (1.65-9.22)
Sector de atención (público)	0.932	0.311	0.003	2.54 (1.38-4.67)

Fuente: Procesamiento propio en base a los datos ENLM 2020

