

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics



CrossMark
click for updates

www.renhyd.org



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿influyó el Permiso Postnatal Parental?

Samuel Durán-Agüero^{a,*}, Paolo Castro Villarroel^{b,c}

^aFacultad de Ciencias de la Salud, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile.

^bColegio de Nutricionistas de Chile, Santiago, Chile.

^cFacultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central, Santiago, Chile.

*samuel.duran@uss.cl

Editora Asignada: Eva María Navarrete Muñoz. CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Unidad de Epidemiología de la Nutrición, Universidad Miguel Hernández. Elche, España.

Recibido el 21 de marzo de 2017; aceptado el 15 de diciembre de 2017; publicado el 20 de febrero de 2018.

➤ Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿influyó el Permiso Postnatal Parental?

PALABRAS CLAVE

Lactancia Materna;
Permiso Paternal;
Jurisprudencia;
Prevalencia.

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva (LME) al sexto mes de vida en Chile en 2012 era del 43%, a pesar de las campañas para aumentar esta prevalencia. En 2011 se aprobó una Ley ligada a permisos laborales para incrementar la prevalencia de LME a los 6 meses. El objetivo de este trabajo fue determinar la evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015.

Material y Métodos: Estudio ecológico con datos del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de Chile (2.444.426 lactantes desde 2011 a 2015). Se determinó la prevalencia de LME en el primer mes de vida, a los 3, 6 y 12 meses. Se exploraron las diferencias entre madres que disfrutaban o no de los permisos y los motivos sobre el cese de la LME a los 6 meses en 2013.

Resultados: La prevalencia de LME al primer (74%), tercer (67%) y sexto mes (53%) fue similar a los años anteriores. En la LME a los 6 meses se observó un incremento significativo de 12 puntos entre 2011 y 2015. Además, las mujeres con permisos remunerados tuvieron más probabilidad de dar LME en el mes 6º y los principales motivos que llevaron a cesar la LME a los 6 meses fueron que el lactante se quedaba con hambre (27,2%), problemas en el pezón (14,7%) e inicio de actividades laborales o estudiantiles (10,4%).

Conclusiones: Existe un incremento de la LME al 6º mes de vida en 12 puntos porcentuales entre 2011 y 2015, aunque este incremento no ocurre hasta 2014. La LME a los 6 meses es mayor en mujeres que acceden a los beneficios de la Ley. El incremento tendría relación con el cumplimiento de una meta sanitaria e incentivos económicos a los equipos de Atención Primaria de salud en esos años y no a la Ley implementada.

➤ **Evolution of exclusive breastfeeding in Chile between 2011 and 2015: did the Parental Postnatal Permission influence?**

KEYWORDS

Breast Feeding;
Parental Leave;
Jurisprudence;
Prevalence.

ABSTRACT

Introduction: Exclusive breastfeeding (EB) at the sixth month of life in Chile in 2012 was 43%, despite campaigns to increase this prevalence. In 2011, a Law related to work leave was approved to increase the prevalence of EB after 6 months. The objective of this work was to determine the evolution of EB in Chile between 2011 and 2015.

Material and Methods: Ecological study with data from the *Departamento de Estadísticas e Información* of the Ministry of Health of Chile (2,444,426 infants from 2011 to 2015). The prevalence of EB was determined in the first month of life, at 3, 6 and 12 months. The differences between mothers who did or did not enjoy the leave and the reasons for EB cessation at 6 months in 2013 were explored.

Results: The prevalence of EB at first (74%), third (67%) and sixth month (53%) was similar to previous years. In EB at 6 months there was a significant increase of 12 points between 2011 and 2015. In addition, women with paid maternity leave were more likely to give EBL at the 6th month and the main reasons that led to stop EB at 6 months were that the infant was left hungry (27.2%), problems in the nipple (14.7%) and start of work or student activities (10.4%).

Conclusions: There is an increase in the EB at the 6th month of life by 12 percentage points between 2011 and 2015, although this increase did not occur until 2014. The EB at 6 months is higher in women who access to the benefits of the Law. The increase would be related to the fulfilment of a health goal and financial incentives to primary health care teams in those years and not to the Law implemented.

CITA

Durán-Agüero S, Castro Villarroel P. Evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre 2011 y 2015: ¿influyó el Permiso Postnatal Parental? Rev Esp Nutr Hum Diet. 2018; 22(1): 14-20. doi: 10.14306/renhyd.22.1.376

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como "dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos –ni siquiera agua– exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes"¹. Hasta 2001, la OMS recomendaba que la LME se extendiera hasta los 4-6 meses, y posteriormente los expertos recomendaron extender esta recomendación hasta los 6 meses debido a la evidencia posterior que mostraba que la LME durante los primeros 6 meses reducía considerablemente las infecciones gastrointestinales y aumentaba el peso de los niños más que una LME de menor tiempo¹⁻³.

Además, la LME se ha mostrado como un factor protector en el lactante de enfermedades a corto plazo, tales como gastroenteritis, infección respiratoria, otitis media, desnutrición

en lactantes, enterocolitis necrotizante en prematuros y cáncer de mama, diabetes tipo 2 e hipertensión en madres, y a largo plazo, frente a enfermedades crónicas tales como diabetes tipo 2, hipertensión y obesidad⁴⁻¹⁶.

El calostro y la leche materna contienen factores antimicrobianos potenciales, tales como, inmunoglobulinas, citocinas, oligosacáridos, lisozima, lactoferrina, otras glicoproteínas, y péptidos antimicrobianos que pueden inactivar patógenos individualmente o de forma sinérgica¹⁷. Además, de una reducción de los costes económicos asociada a una mayor morbilidad en niños que han recibido LME, la alimentación con leche materna se ha mostrado más coste efectivo que la alimentación con fórmulas infantiles¹⁸⁻¹⁹. Conjuntamente, el consumo de leche materna facilita la aceptación de nuevos sabores^{20,21}.

Entre los factores asociados a la LME se ha observado que influyen tanto variables maternas (educación, ocupación, estado de salud y edad) o en el lactante (sexo, orden del

nacimiento y enfermedad) como el contexto cultural (iniciación de la lactancia materna e introducción de alimentos complementarios)²².

En Chile a finales de la década de los 70, la prevalencia de LME en el sexto mes de vida no superaba el 5%, llevando a campañas específicas a favor de la lactancia para revertir este problema. En el año 1993, tras la realización de una campaña por parte del Ministerio de Salud (MINSAL), la prevalencia aumentó hasta el 16%, y progresivamente esta prevalencia ha ido aumentando hasta el 43% en 2002 según datos de las encuestas nacionales realizadas en Chile²³.

En el año 2011, el gobierno de Chile incorporó la Ley 20.545 en el artículo 197 bis del Código del Trabajo, donde se indica que: "las trabajadoras tienen derecho a un permiso postnatal (licencia maternal) de 12 semanas u 84 días a continuación del período postnatal, durante el cual tienen derecho a percibir un subsidio, lo que permite alcanzar casi 5,5 meses antes de la reincorporación al mundo laboral"²³. Sin embargo, se desconocen los efectos de esta nueva medida sobre la prevalencia de LME, si la aplicación de la Ley ha incrementado la LME al sexto mes. El objetivo del presente artículo es determinar la evolución de la lactancia materna exclusiva en Chile entre los años 2011 al 2015.

Información (DEIS) del MINSAL del Gobierno de Chile. Concretamente corresponde al registro mensual estadístico a la serie A. El universo de estudio que corresponde a 2.444.426 menores de 12 meses registrados en las bases de datos de los centros de Atención Primaria del país. Para los datos correspondientes al año 2014 y 2015, hasta la fecha de su extracción el MINSAL los considera datos preliminares. Se obtuvo información de la LME al mes de nacimiento, a los 3 meses, a los 6 meses y a los 12 meses. También se recogió información sobre si las mujeres habían disfrutado de los tipos de permisos remunerados y los motivos que habían llevado a esas mujeres en el año 2013 a cesar LME en esos 6 primeros meses de vida de los niños.

Los análisis estadísticos se realizaron con software SPSS 22.0. Se estimó la prevalencia de LME para los meses 1º, 3º, 6º y 12º para cada año de estudio. Para comparar la evolución temporal de la prevalencia de LME se utilizó el estadístico χ^2 para tendencia lineal. Y para comparar si la prevalencia LME fue mayor en aquellas mujeres que tenían permisos remunerados se utilizó también el estadístico χ^2 . Se describió utilizando porcentajes los motivos por los cuales se había cesado la LME antes de los 6 meses en el año 2013.

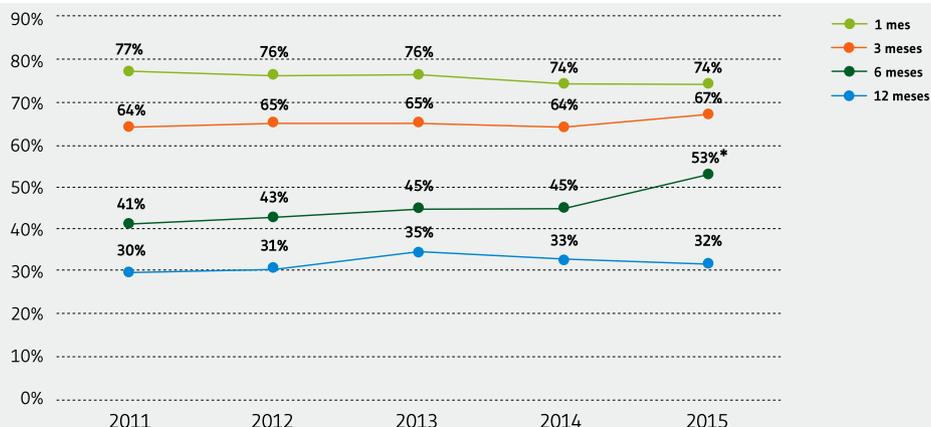
MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico con los datos de prevalencia de LME en Chile de los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. Los datos fueron extraídos (15/02/2016) de las bases de datos anuales del Departamento de Estadísticas e

RESULTADOS

La evolución de la LME en Chile entre los años 2011 y 2015 se muestra en la Figura 1. La LME entre los años 2011-2015 fue similar, con excepción para el período de los seis primeros meses donde se observó un aumento del 12% entre el año 2014 y 2015 ($p < 0,001$).

Figura 1. Prevalencia de lactancia materna exclusiva al primer, tercer, sexto mes de vida y al año, en Chile en el período 2011-2015.

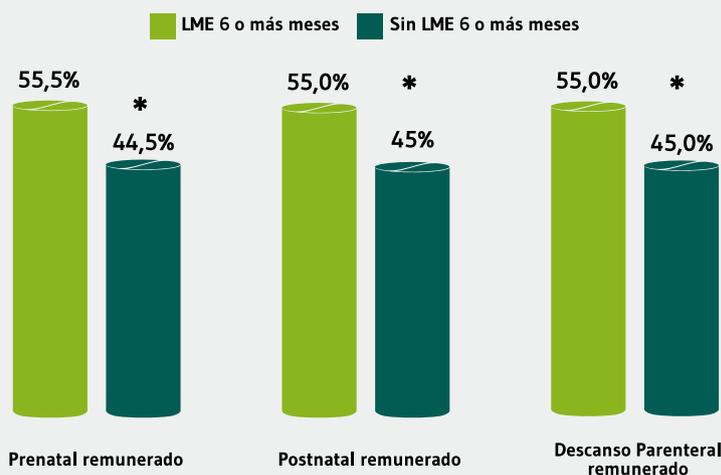


* $p < 0,001$; utilizando el test χ^2 de tendencia lineal.

En la Figura 2 se presenta la prevalencia de LME de 6 o más meses diferenciando en mujeres trabajadoras con acceso al descanso prenatal, descanso postnatal y descanso parental remunerador. En ella se observa claramente que la prevalencia de LME fue superior en aquellas mujeres que tuvieron permiso remunerado aplicado con la puesta en marcha de la Ley.

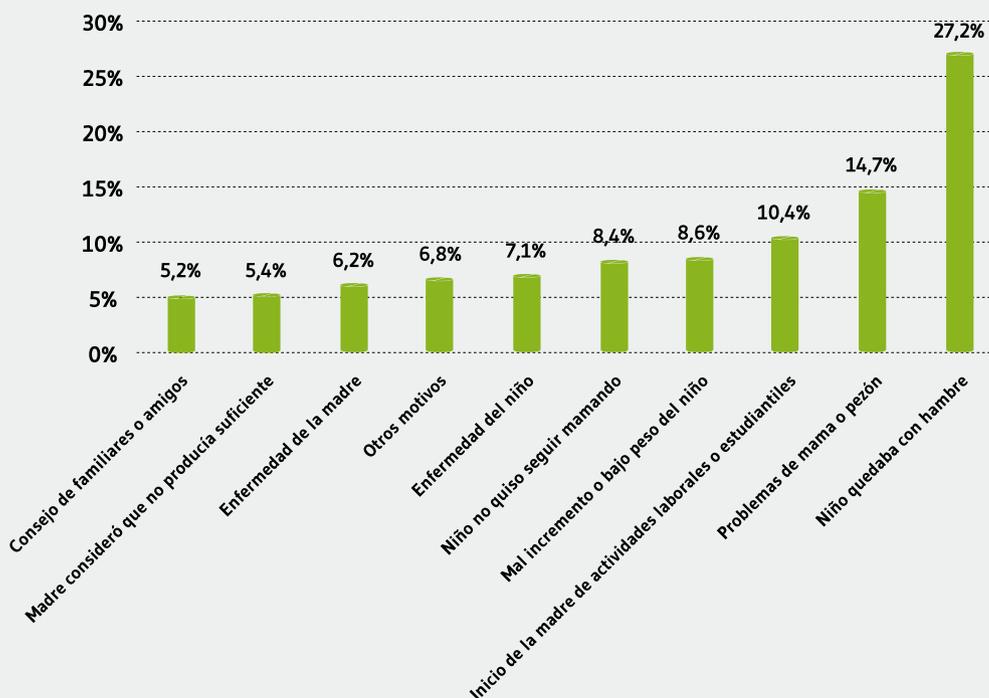
Los principales motivos que las madres refirieron para el cese de la lactancia materna fueron “el lactante quedaba con hambre” (27,2%), problemas de mama o pezón (14,7%) e inicio de la madre en actividades laborales o estudiantiles (10,4%) (Figura 3).

Figura 2. Prevalencia de lactancia materna exclusiva de 6 o más meses en mujeres trabajadoras con acceso al descanso prenatal, descanso posnatal y descanso parental remunerado en Chile, en el período 2011-2015.



* Prueba χ^2 ; $p < 0,05$

Figura 3. Motivo del cese de lactancia materna exclusiva antes del 6º mes a nivel nacional (Chile), año 2013.



DISCUSIÓN

El principal resultado del presente estudio es el incremento de la LME al 6º mes de vida en 12 puntos porcentuales entre 2014 y 2015, aunque este aumento necesita de unos años de aplicación de la Ley para ser efectivo. Además, la prevalencia de LME es mayor en las mujeres que acceden a los beneficios de la Ley respecto a aquellas que no pueden acceder. La Ley en la actualidad presenta una elevada cobertura, no obstante, quedan excluidas las estudiantes y las mujeres que tienen trabajos informales.

En Chile se han realizado cinco Encuestas Nacionales de Lactancia Materna: en 1993, 1996, 2000, 2002 y siendo la última el año 2005, en muestras representativas de la población, se hace necesario actualizar dicha información.

Entre las Metas Sanitarias de 2015, se esperaba llegar al 60% de menores con LME en el 6º mes de vida²⁴. Entre las acciones recomendadas para incrementar la LME están: (a) incorporar un consejo breve sobre los beneficios de la LME en todos los controles de salud de la gestante y luego en los controles de salud del menor desde su ingreso como recién nacido; (b) fortalecer en todos los Centros de Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria Salud, Clínicas de lactancia materna donde se atiende de inmediato a las madres que acuden por problemas agudos relacionados con la lactancia²⁵.

Se estima que la prevalencia de LME al 6º mes a nivel mundial alcanza al 40%²⁵; al comparar la prevalencia observada en Chile, esta se ubica bajo Suecia quien presenta una prevalencia del 75%²⁶, pero superior a países como Brasil (41%)²⁷, España (28%)²⁸, Estados Unidos (16%)²⁹, Canadá (13%)³⁰, Egipto (9,7%)³¹ e Irlanda (0,2%)³².

Desde la entrada en vigencia de la nueva Ley de Permiso Postnatal Parental en Chile (Ley 20.545), la prevalencia de la LME hasta el 6º mes alcanzó un 53%. Así lo indica la sexta Encuesta Nacional de Lactancia Materna²⁴, sin embargo, el incremento de la LME no parece estar asociado directamente a la nueva Ley, puesto que no hubo mayores cambios antes y después de ella.

Es probable que dicha mejoría en los registros de la LME se asocie a la Resolución Exenta N° 880³³ de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, publicada en el Diario Oficial el 02 de octubre 2014, la cual aprueba las metas sanitarias para el año 2015 e incluye a LME como una de ellas, hecho que hasta el año previo no existía. De cumplirse las metas establecidas, se asocian a incentivos económicos o, dicho de otra forma, asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo por el personal regido bajo

la Ley N° 19.378 la cual establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal³⁴. Esta resolución al parecer se condice con el posterior aumento de LME al sexto mes.

El cambio se observa solamente entre el año 2014 y 2015 para el 6º mes de vida y sin cambios para los cortes del mes 1º, 3º y 12º, lo que se condice con la exigencia de la meta sanitaria anteriormente mencionada.

Asimismo, es importante mencionar que al primer mes de vida el 25% de los lactantes pierden la LME, lo que indudablemente tiene relación con el trabajo de clínicas y hospitales, y los profesionales médicos y no médicos de salud que realizan el control del niño durante esta primera etapa. Un estudio realizado en CESFAM del Servicio de Salud Central, donde se encuentra una de las más bajas prevalencias de LME, muestra una baja capacitación de los profesionales de la salud en especial médicos y enfermeras en lactancia materna³⁵. La capacitación en lactancia materna debe jugar un rol central en el aumento de la LME, como también la mantención de horas protegidas de clínicas de lactancia materna y derivación espontánea a especialistas en lactancia materna (nutricionistas) en Atención Primaria.

La ocupación de la madre también es una variable que modifica la lactancia, en efecto, las mujeres que aún estudian lactan significativamente menos (46,6%) que las mujeres que trabajan (53,1%) o que son dueñas de casas (59,2%)³².

Actualmente, el fomento de la LME no toma en cuenta ni el estado nutricional, ni la alimentación de la madre. Un reciente estudio comparativo mostró que la leche materna de madres obesas tiene un perfil de ácidos grasos proinflamatorio y la disminución de las concentraciones de ácidos grasos y carotenoides, que han mostrado tener un papel crítico en el desarrollo visual y neurológico³⁶.

Entre las debilidades de este estudio se encuentra que, al ser global, no permite diferenciar las variaciones por territorio en función de la Ley o incentivos a los funcionarios de salud como se discutió previamente, además sólo incorpora a los niños y niñas atendidos en el sistema público de salud.

CONCLUSIONES

Se ha incrementado la prevalencia de LME al sexto mes de vida, aunque este aumento ha necesitado de unos años de aplicación de la Ley puesto que se implementa en el año 2011 pero no es hasta el año 2014 cuando se notan los efectos. Los incentivos económicos asociados al cumplimiento de metas sanitarias han tenido un excelente resultado en el

aumento de la prevalencia de la lactancia materna exclusiva al 6º mes de vida, situación que no aplica de igual forma al incremento para 1 y 3 meses para LME. También destacar que aquellas madres que trabajan dentro del mercado de manera informal no se ven favorecidas por la Ley, es importante seguir trabajando para llegar al 60% de LME.

AGRADECIMIENTOS

Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile, MINSAL.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño: Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. 54a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 13.1 del orden del día provisional. Ginebra: OMS; 2001. Report No.: A54/INF.DOC./4.
- (2) World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. Ginebra: WHO; 1998. Report No.: WHO/NUT/98.1.
- (3) Atalah E, Alvarado R, Díaz S, Rivero S. Lactancia absoluta, crecimiento y morbilidad en lactantes de bajo nivel socioeconómico. *Rev Chil Pediatr*. 1994; 65(6): 331-7.
- (4) Voss AC, Maki KC, Garvey WT, Hustead DS, Alish C, Fix B, et al. Effect of two carbohydrate-modified tube-feeding formulas on metabolic responses in patients with type 2 diabetes. *Nutrition*. 2008; 24(10): 990-7.
- (5) Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (8): CD003517.
- (6) Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 2009; 4(Suppl 1): S17-30.
- (7) Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, McCormick F, Fox-Rushby J, Dodds R, et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK. London: UNICEF; 2012.
- (8) Nishimura T, Suzue J, Kaji H. Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr Int*. 2009; 51(6): 812-6.
- (9) Duijts L, Jaddoe VWV, Hofman A, Moll HA. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 2010; 126(1): e18-25.
- (10) Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics*. 2007; 119(4): e837-42.
- (11) Parikh NI, Hwang S-J, Ingelsson E, Benjamin EJ, Fox CS, Vasan RS, et al. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am J Med*. 2009; 122(7): 656-663.e1.
- (12) Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*. 2006; 84(5): 1043-54.
- (13) Metzger MW, McDade TW. Breastfeeding as obesity prevention in the United States: a sibling difference model. *Am J Hum Biol*. 2010; 22(3): 291-6.
- (14) Stuebe AM, Rich-Edwards JW, Willett WC, Manson JE, Michels KB. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. *JAMA*. 2005; 294(20): 2601-10.
- (15) Danforth KN, Tworoger SS, Hecht JL, Rosner BA, Colditz GA, Hankinson SE. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*. 2007; 18(5): 517-23.
- (16) Marseglia L, Manti S, D'Angelo G, Cuppari C, Salpietro V, Filippelli M, et al. Obesity and breastfeeding: The strength of association. *Women Birth*. 2015; 28(2): 81-6.
- (17) Isaacs CE. Human milk inactivates pathogens individually, additively, and synergistically. *J Nutr*. 2005; 135(5): 1286-8.
- (18) Al-Sahab B, Ardern CI, Hamadeh MJ, Tamim H. Age at menarche in Canada: results from the National Longitudinal Survey of Children & Youth. *BMC Public Health*. 2010; 10: 736.
- (19) Stenvers DJ, Jonkers CF, Fliers E, Bisschop PHLT, Kalsbeek A. Nutrition and the circadian timing system. *Prog Brain Res*. 2012; 199: 359-76.
- (20) Hausner H, Nicklaus S, Issanchou S, Mølgaard C, Møller P. Breastfeeding facilitates acceptance of a novel dietary flavour compound. *Clin Nutr*. 2010; 29(1): 141-8.
- (21) Forestell CA, Mennella JA. Early determinants of fruit and vegetable acceptance. *Pediatrics*. 2007; 120(6): 1247-54.
- (22) Senarath U, Agho KE, Akram D-S, Godakandage SSP, Hazir T, Jayawickrama H, et al. Comparisons of complementary feeding indicators and associated factors in children aged 6-23 months across five South Asian countries. *Matern Child Nutr*. 2012; 8(Suppl 1): 89-106.
- (23) Chile Crece Contigo. Protección laboral [Internet]. Chile Crece Contigo. 2011 [citado 22 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/2011/desarrollo-infantil/gestacion/proteccion-laboral-2/>
- (24) Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Informe técnico: Encuesta nacional de lactancia materna en la atención primaria - (ENALMA). Chile 2013. Santiago, Chile: Ministerio de Salud - Gobierno de Chile; 2014.
- (25) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2013: Una mina de información sobre salud pública mundial. Ginebra: OMS; 2013.
- (26) Wallby T, Hjert A. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county. *Acta Paediatr*. 2009; 98(11): 1799-804.
- (27) Passanha A, Benício MHD, Venâncio SI, dos Reis MCG. Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and

- prevalence of exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(6): 1141-8.
- (28) Instituto Nacional de Estadística. Tipo de lactancia según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Población de 6 meses a 4 años. [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2011 [citado 22 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/I0/&file=06153.px&type=pcaxis&L=0>
- (29) CDC. National Immunization Survey (NIS) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2017 [citado 22 de junio de 2013]. Disponible en: https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/index.htm
- (30) Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatr*. 2010; 10: 20.
- (31) Al Ghwass MME, Ahmed D. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding in a rural area in Egypt. *Breastfeed Med*. 2011; 6(4): 191-6.
- (32) Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breastfeeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutr*. 2010; 13(6): 760-70.
- (33) Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Resolución 880 exenta - aprueba metas sanitarias y de mejoramiento de la atención primaria de salud para el año 2015 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1067767>
- (34) Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Ley núm. 19.378 establece estatuto de la atención primaria de salud municipal [Internet]. 1995. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
- (35) Medel L, Benadof D, Toro C. Breastfeeding knowledge of health professionals working in municipal healthcare centers in Maipu, Chile. *Medwave*. 2017; 17(3): e6891.
- (36) Panagos PG, Vishwanathan R, Penfield-Cyr A, Matthan NR, Shivappa N, Wirth MD, et al. Breastmilk from obese mothers has pro-inflammatory properties and decreased neuroprotective factors. *J Perinatol*. 2016; 36(4): 284-90.