

Prevalencia de lactancia materna exclusiva y causas de abandono en los dos primeros meses de vida, en las Comarcas de La Jacetania y Alto Gállego

Celia Navarro-Gil

Matrona del Hospital de Alta Resolución del Pirineo (Jaca, Huesca)

Recibido: 21 abril 2013

Aceptado: 24 abril 2013

RESUMEN:

Objetivo: Describir la incidencia de lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria y prevalencia a los dos meses en púerperas pertenecientes a las comarcas de La Jacetania y Alto Gállego.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo. Mediante tres encuestas a púerperas al alta hospitalaria, al mes y dos meses tras el parto.

Resultados: la incidencia de LME al alta es del 89,5%, frente al 10,5% de lactancia artificial. La prevalencia al mes de LME es del 82,4% y a los dos meses 73,7%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos se encuentran en la línea de los objetivos que marca la OMS.

Palabras clave: Lactancia materna, prevalencia, púerpera, incidencia

Prevalence of exclusive maternal breastfeeding and causes of abandonment, in the first two months of life, in the regions of Jacetania and Alto Gállego

ABSTRACT:

Objective: To describe the incidence of exclusive maternal breastfeeding upon hospital discharge and its prevalence in puerperals belonging to the regions of Jacetania y Alto Gállego.

Material and Methods: Prospective descriptive observational study. By means of three surveys to puerperals at hospital discharge, one month and two months after childbirth.

Results: The incidence of EMB upon discharge is 89,5% as opposed to 10,5% of artificial feeding. The month prevalence of EMB is 82,4% and the two-month one, 73,7%.

Conclusions: The results obtained are in line with the objectives set by WHO.

Key words: maternal breastfeeding, prevalence, puerperal, incidence.

Correspondencia:

Calle Dos Callizos 1-3 Bajo-A. CP 22700 Jaca, Huesca.
n.g.celiamatrona@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el sistema de alimentación, gracias al cual, la humanidad ha sobrevivido. Es una característica inherente al ser humano. Existen registros milenarios que nos hablan de la duración de la lactancia en diversas culturas y de las ideas que había del momento óptimo del destete, que se vinculaban con la fertilidad de la madre y la independencia del hijo. (1)

Alrededor del 90% de las mujeres embarazadas al preguntarles si quieren amamantar responden que sí, al menos durante el período de baja maternal. Hoy en día más de la mitad de las mujeres trabajan fuera de casa, lo que puede interferir con una lactancia prolongada o incluso en la duración de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, que es lo que recomienda la OMS (2-3). Las mujeres trabajadoras y sus criaturas tienen derechos, entre otros, el derecho a la lactancia materna. En cambio, los actuales permisos maternales que contempla la legislación española no garantizan este derecho (4).

Se han revisado extensamente los beneficios de la lactancia materna en la salud y desarrollo de los neonatos y los lactantes. Varios estudios ha demostrado efectivamente la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo. (5)

Huffman y col. encontraron que la lactancia materna exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida. (6)

Por otra parte, la lactancia ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas. (7-9)

Sin embargo, a pesar de esta evidencia, la realidad es que sólo el 74% de las madres inician la lactancia materna tras el parto; al final del segundo mes sólo la mantienen el 39% de las madres, y al quinto mes sólo el 9% de las mujeres siguen lactando. Para que la lactancia pueda establecerse con éxito, las madres necesitan soporte activo durante el embarazo, después del parto y a lo largo del puerperio de todos los profesionales sanitarios con responsabilidad en los cuidados de salud materno-infantil. (10)

En nuestro país, distintos estudios como el de Olmo-Navarro et al. (2008), Barruio y Sánchez-Valverde (1993-1994), García Vera C y Martín Calama J (2000), Rocha S et al (2008); revelan lo lejos que estamos de

alcanzar los objetivos de la OMS. La reducción de la morbilidad asociada con la lactancia materna posee la magnitud suficiente para tener significación en la salud pública. (11-14)

Entre los factores que se han encontrado para el abandono precoz de a lactancia se mencionan: edad de la madre menor de 20 años, no estar casada, y el regreso al trabajo (15-16). Otros estudios lo han asociado a madre estudiante, bajo nivel de escolaridad, primiparidad y madre fumadora. (17-18).

En mi lugar de trabajo, el Hospital de alta Resolución del Pirineo (HARP, Jaca), he observado que la mayoría de madres inician lactancia materna en el momento del parto, pero no se cuánto tiempo dan el pecho, ni las causas más frecuentes de abandono. Por ello, me gustaría saber ¿qué ocurre en mi ámbito de trabajo? Por falta de tiempo este proyecto va a consistir en realizar la prueba piloto de lo que más adelante será un estudio sobre Prevalencia de lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y causas de abandono.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional descriptivo prospectivo. Se han utilizado tres encuestas: una al alta hospitalaria, la segunda al mes y la tercera a los dos meses del parto. El Consentimiento Informado se ha recogido junto con la primera encuesta, tras la explicación verbal y escrita del estudio (Carta de presentación del estudio).

El cuestionario ha sido elaborado basándome en el cuestionario utilizado en el Proyecto CALINA (19) (Crecimiento y Alimentación durante la Lactancia y la primera Infancia), realizado durante el año 2010 en Aragón; y también en cuestionarios utilizados para otros estudios sobre lactancia como el de Suárez-Gil et al (20) y Estévez-González et al (21).

Los sujetos de estudio son aquellas mujeres puérperas pertenecientes a las comarcas de La Jacetania y Alto Gállego que hayan sido asistidas en sus partos en el HARP entre Enero y Febrero de 2011.

Previamente a la recogida de datos se hizo la solicitud al Comité Ético del HARP para la realización de dicho estudio y cumpliendo con la guía ética de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en febrero de 2011 (22). Una vez recibida la confirmación de dicho Comité se comenzó con la selección de participantes y recogida de información.

Análisis de los datos

Los datos han sido analizados con el paquete de programas estadísticos SPSS 15.0.

Análisis descriptivo de todas las variables con frecuencias y porcentajes en las cualitativas, y con media y desviación estándar en las cuantitativas con un IC del 95%.

Análisis inferencial de los datos analizando los resultados y comparando las diferentes proporciones para la obtención de conclusiones. Se ha utilizado el Test de Chi-Cuadrado para comparar las variables cualitativas; se ha recurrido a test no paramétricos debido a que la muestra no cumplía con los criterios de normalidad. En todas las pruebas aplicadas se ha considerado un nivel de significación del estadístico $p < 0,05$.

RESULTADOS

El 73,7% de las madres que comenzaron lactancia materna exclusiva en el HARP continúan dando el mismo tipo de lactancia a los dos meses del nacimiento, por lo que el 73,7% de las mujeres se acercan a los objetivos que marca la OMS de dar lactancia materna exclusiva los seis primeros meses de vida. En el momento del alta hospitalaria el 89,5% de las madres dan lactancia materna exclusiva frente al 10,5% que deciden dar lactancia artificial. En el momento del estudio no se hallan madres que den lactancia mixta al alta hospitalaria.

La población del estudio ha sido compuesta por 19 mujeres de las cuales 17 (89,5%) iniciaron lactancia materna en el hospital y dos (10,5%), decidieron dar lactancia artificial por motivos que no han querido especificar.

Cabe destacar que la edad media de la población es de 31,50 años, el 84,2% de las madres es de nacionalidad española, en cuanto al estado civil ninguna de las madres estaba en situación de no tener pareja. Sólo el 52,6% de la población acude a clases de Educación Maternal. Se observa que del 89,5% que salen de hospital con lactancia materna exclusiva (LME) el 84,2% inició la lactancia en la primera hora después del parto. El 78,9% de las madres tomaron la decisión de dar el pecho antes del embarazo y los motivos en el 70,5% son porque consideran que es el mejor alimento para su hijo. El tiempo previsto de dar LME es 4,12 meses y los motivos expuestos más repetidos han sido

“hasta que el niño quiera”, “hasta que pueda” y “hasta que comience a trabajar”

En la encuesta realizada al mes del nacimiento, resalta que hay un 17,6% de las madres que han iniciado lactancia mixta, pero ninguna ha dejado la lactancia de forma definitiva; por lo que el 82,4% de las que iniciaron lactancia en el hospital continúan ofreciendo LME. El 47,1% dice haber tenido grietas y el mismo porcentaje de mujeres dice no haber padecido ninguna complicación durante el primer mes posparto, el 5,9% restante refiere tener “Hipogalactia”. El apoyo familiar varía de normal a mucho pero ninguna refiere haber tenido poco apoyo familiar. La pareja es la persona que en el 82,4% de los casos transmite el principal apoyo. Cabe destacar que a pesar de que el 100% dice la información recibida durante el primer mes es suficiente y que el 53% de las mujeres padecen complicaciones, ninguna ha asistido a un grupo de apoyo a la lactancia.

En la encuesta realizada a los dos meses, se observa que el 100% de las que continuaban con LME, en la segunda encuesta lo siguen haciendo a los dos meses por lo que se puede deducir que el primer mes es más crítico que el segundo para la continuación de LME. La única complicación que ha surgido en el segundo mes ha sido “grietas” pero sólo las han padecido el 14,3% frente a un 47,1% que las sufrieron el primer mes. En cambio el 85,7% no ha sufrido ninguna complicación, esto supone una mejora en el segundo mes que quizá favorezca la continuación de la LME. El apoyo recibido es similar al del primer mes y la persona que principalmente apoya sigue siendo la pareja (78,6%). Ninguna ha asistido a un grupo de apoyo a la lactancia aunque alguna matizó en la encuesta que sí había pensado acudir. Por otro lado, el 78,6% de las madres se plantea continuar con la lactancia más de seis meses tal y como recomienda la OMS; siendo que en la primera encuesta al preguntarles cuánto tiempo se planteaban dar el pecho la media fue de 4,12 meses. De la población estudiada el 17,6% comenzó lactancia mixta, y lo hizo alrededor de la tercera semana posparto (md 3,33 semanas con una Dt de 1,15); pero ninguna había dejado la lactancia. Al preguntarles por los motivos de inicio de lactancia mixta el 66,7% respondió que “el bebé se quedaba con hambre” mientras que el 33,3% lo hizo por “escasa ganancia ponderal del bebé”. En el 66,7% se inició lactancia mixta asesoradas por personal sanitario frente al 33,3% que lo hizo por iniciativa propia.

En el análisis inferencial se observa que la **edad** tiene significación estadística con el test de Chi-cua-

drado ($p < 0,05$), por lo que ser mayor de 30 años es un factor protector para la lactancia; aunque no ocurre lo mismo al aplicar el test exacto de Fisher ($p < 0,123$). **El inicio de lactancia en paritorio** tiene un alto nivel de significación estadística ($p < 0,01$) por lo que se relaciona con la continuación de LME al alta hospitalaria. Respecto al **conocimiento de la existencia de grupos de apoyo a la lactancia** se observa una significación estadística con el test de Chi-cuadrado ($p < 0,05$) aunque por otro lado se registra que no acuden a estos grupos. En cuanto a **complicaciones postparto**: se observa en este estudio que tanto no tener ninguna complicación como tener grietas resultan ser factores de protección para la lactancia. El resultado se obtiene utilizando el test de Chi-cuadrado ($p < 0,035$). Llama la atención que ninguna asiste a grupos de apoyo a la lactancia a pesar de la frecuencia de las complicaciones. Respecto al **número de hijos**: tener dos o más hijos resulta ser un factor de protección para la lactancia, seguramente por la experiencia previa de los padres. El resultado ha sido obtenido utilizando el Test de Krukal-Wallis ($p < 0,019$).

DISCUSIÓN

En los resultados se puede observar que en el momento del alta hospitalaria el 89,5% de las madres dan LME frente al 10,5% que deciden dar lactancia artificial. Parece ser un buen resultado si lo comparamos con otros estudios realizados en España que muestran cifras de lactancia materna al alta hospitalaria del 51,4% según Suárez-Gil et al (20) y del 55,4% según Estévez-González et al (21). En este último estudio se puede observar que el 77% de las mujeres iniciaron la lactancia en las primeras horas del nacimiento, pero sólo continuaron al alta hospitalaria con LME el 55,4%, frente al 84,2% que iniciaron lactancia en el HARP.

En los resultados obtenidos al mes de vida se aprecia que el 82,4% de las madres que iniciaron lactancia en el HARP continúan con LME al mes; es un buen resultado si lo comparamos con otros estudios que muestran cifras del 28,6% (20) de cese de LME y otros que muestran una prevalencia a los 15 días de vida del 46,2% (21). En la encuesta realizada a los dos meses de vida los resultados obtenidos muestran datos de una prevalencia de LME del 73,7% de las madres que iniciaron lactancia y del 100% de las que al mes continuaban con LME; el estudio de Suárez-Gil et al (20) muestra una prevalencia del 14,9% a los

90 días, lo que implica que el 71% ha dejado de dar LME, frente al 17,6% del HARP (datos del primer mes, porque durante el segundo mes no se producen ceses de LME). El estudio de Estévez-González et al (21) muestra cifras de prevalencia de LME a los 90 días del 24,6%. Otro dato a recalcar es que en el HARP el cese de LME ocurre durante el primer mes y no dejan por completo la lactancia materna sino que inician lactancia mixta.

Respecto a las causas de abandono de la lactancia en el HARP el 66,7% de las madres respondieron que iniciaron lactancia mixta porque el bebé se quedaba con hambre y el 33,3% por la escasa ganancia ponderal; el estudio de Estévez-González et al (21) muestra similares datos en este aspecto. En el 66,7% de los casos fue el personal sanitario el que decidió dar lactancia mixta, en cambio en otros estudios se observa que la mayoría la decisión fue tomada por la madre (20-21).

En cuanto a factores predisponentes para la LME se observan la edad materna: ser mayor de 30 años se relaciona con mejores resultados en cuanto a la continuación de LME; el inicio de lactancia en el Paritorio también es un factor importante y lo mismo muestra el estudio de Estévez-González et al (21), incluso en su estudio se aprecia que las madres que decidieron con anterioridad al parto dar lactancia materna tienen mejor pronóstico en cuanto a la continuación con LME, en cambio en el HARP, a pesar de que el 78,9% de las madres han tomado la decisión de dar lactancia materna previa al embarazo no se ve relacionado con la continuidad de ésta. La Educación Maternal es otro de los aspectos que en el HARP no ha tenido significación estadística, pero otros estudios si muestran correlación entre asistencia a Educación Maternal y mejores resultados en cuanto a lactancia materna. Tener un hijo previo es otro de los factores que ayuda tener mejores resultados puesto que ya hay una experiencia previa ($p < 0,019$), en el HARP también se observa que el no tener complicaciones es significativamente estadístico a la vez que tener grietas aparece como factor protector, no ocurre lo mismo en otros estudios en los que las grietas aparece como factor desencadenante del cese de la lactancia (20-21). Ser madre soltera en el HARP es otro de los causantes de mejores pronósticos sobre lactancia. A pesar de que el conocimiento de la existencia de grupos de apoyo a la lactancia es significativamente estadístico ($p < 0,05$) ninguna madre ha asistido a ellos ni aun cuando han tenido dificultades o complicaciones.

CONCLUSIONES

En el HARP se han obtenido buenos resultados en cuanto a la incidencia de LME al alta hospitalaria y de prevalencia al mes y dos meses de vida, por lo que se acerca a los objetivos marcados por la OMS que recomienda dar LME los seis primeros meses de vida y continuar junto con otros alimentos hasta que la madre y el bebé lo deseen. Por otro lado, las causas de abandono quedan especificadas en que el bebé se quedaba con hambre o bien había una escasa ganancia ponderal, siendo el personal sanitario, en la mayoría de los casos, el que recomendaba complementar con lactancia artificial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prendes Labrada Marienela de la C, Vivanco del Río Mirta, Gutiérrez González Rita María, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana M Gen Integr* [periódico en la internet]. 1999 Ago [citado 2009 Feb 22]; 15(4): 397-402.

2. OMS-UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. Nueva declaración conjunta. Ginebra: OMS-UNICEF, 1989.

3. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). [página principal] Valencia: IHAN [2008] Consultado [13 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.ihan.es/index1.asp>

4. Vía Lactea. Amamantar y trabajar fuera de casa. Gobierno de Aragón: Departamento de Salud y Consumo.

5. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of evidence. *Pediatrics*. 2005; 115: 576-8.

6. Huffman S, Zehner E, Victoria C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery*. 2001; 17: 80-92.

7. Wagner CL. Human milk and lactation. emedicine.com/ped/topic2594.htm

8. Kelleher DK, Duggan C. Breast milk and breastfeeding in the 1990s. *Curr Opin Pediatr*. 1999; 1: 275-80.

9. AAP Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997; 100: 1035-9.

10. Díaz Tabares Orlando, Soler Quintana Marta Luisa. Aspectos epidemiológicos relacionados con la lactancia materna durante el primer año de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* [periódico en la internet]. 2002 Jun [citado 2009 Feb 22]; 18(3): 183-186.

11. Olmo-Navarro JE, Molina-Ruano MD, López Sánchez-Sánchez R, Bermúdez-Ruiz MI, Castaño-Molina MA. Duración de la lactancia materna en el Noroeste Murciano. *Matronas Prof*. 2008; 9 (2): 12-16.

12. Rocha S, Rodrigues P, Godinho C, Jiménez Cortés A. Lactancia materna: estudio comparativo de dos poblaciones, una portuguesa y otra española. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10: 227-37.

13. García Vera C, Martín Calama J (2000). Lactancia materna en España resultado de una encuesta de investigación de ámbito estatal RPAP, 2, 7, 373-387.

14. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple3/suple2>.

15. Vega LMG, González PGJ. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1993; 115: 118-26.

16. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding? *Am J Public Health*. 1989; 79: 1247-50.

17. Prendes LM, Vivanco DRM, Gutiérrez FRM, Guilbert RW. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15: 397-402.

18. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37: 447-52.

19. Olivares López JL; Rodríguez Martínez G; Samper Villagrasa P. Valoración del crecimiento y la alimentación durante la lactancia y primera infancia en Atención Primaria. Memoria CALINA. 2010.

20. Suárez-Gil P, et al. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit* 2000; 15 (2): 104-110

21.- González-Estévez MD, et al. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 144-150.

22. Declaración de Helsinki. World medical association (asociación médica mundial). Consultado el 15 de febrero de 2011. En: http://www.isciii.es/htdocs/terapia/documentos/declaracion_de_helsinki.pdf.