Registro continuado de datos sobre lactancia desde Atención Primaria

[1] E. Janer Subías, [1] S. Miralbés Terraza, [1] A. Alquézar González, [2] J. Mínguez Sorio, [2] P. Lalaguna Mallada

[1] Centro de Salud de Binéfar
[1] Unidad Materno-Infantil, Hospital de Barbastro

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 43-48]

RESUMEN

Objetivos: Conocer la prevalencia y los factores sociosanitarios de la lactancia materna (LM) en un centro de salud (CS) de un sector con hospital de referencia con acreditación IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). *Material y métodos:* Estudio descriptivo longitudinal de una cohorte de niños del CS nacidos entre 2011-2014. Recogida de datos del paciente y su madre durante las visitas del Programa de Salud Infantil. *Resultados:* Muestra total, 420 niños, un 28,6% de madres inmigrantes. Un 70,5% fueron partos eutócicos, 8,1% instrumentados y 21,4% cesáreas. Las prevalencias de LM a los 6, 12, 18 y 24 meses son de 62,4%, 48,3%, 33,3% y 15,7%, respectivamente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los inmigrantes ($p < 0,05$), los nacidos en el hospital IHAN ($p < 0,05$) y los que han recibido amamantamiento anterior ($p < 0,05$) con mantenimiento de la LM a los 6, 12 y 18 meses. Existe asociación significativa entre parto eutócico y LM ($p < 0,05$) a los 6 y 12 meses, y entre la edad de la madre entre 31-35 años y LM a los 24 meses de vida. *Conclusiones:* Existe una mejoría creciente en el registro de datos de LM en nuestra área de salud, lo que facilita el conocimiento de las prevalencias de LM y los factores sociosanitarios relacionados.

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna, epidemiología, Atención Primaria.

Continued register of data about breastfeeding in Primary Care

ABSTRACT

Targets: *Discover the prevalence and sociosanitary factors of breastfeeding (BF) at a health center (HC) belonging to a sector with a referral hospital with a BFHI (baby Friendly health Initiative).* Material and methods: *Longitudinal descriptive study of cohort of children born in the HC from 2011 to 2014. Data are collecte a from the patient and mother during of the Child Health Program visits.* Results: *Total sample 420 children with 28.6% immigrant mothers, 70.5% were eutectic and 8.1% instrumented deliveries 21.4% were cesarean sections. The prevalence of BF at 6,12,18 and 24 months where as 62.4%, 48.3%, 33,3% and 15.7%, respectively. Statistically, significant differences were found between having an immigrant mother ($p <0.05$), being born in the BFHI hospital ($p <0.05$) and previous breastfeeding by mother ($p <0.05$) with the BF at 6,12 and 18 months. There is a significant associations between eutectic birth and BF ($p <0.05$) at 6 and 12 months, and being maintained between mother aged 31-35 years and BF at 24 month.* Conclusions: *There is a growing improvement in BF records in our health district, facilitating knowledge of the prevalence of BF and related sociosanitary factors.*

KEY WORDS

Breastfeeding, Epidemiologiy, Primary Care.

Correspondencia: Elena Janer Subías. Centro de Salud de Binéfar
Mariano de Pano. 22300 Binéfar (Huesca)
ejaners@gmail.com
Recibido: febrero de 2019. Aceptado: abril de 2019

Introducción

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) es un programa creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para animar a los todos los profesionales de los servicios sanitarios a adoptar prácticas que promuevan y apoyen la lactancia materna (LM). Nuestro hospital de referencia (Hospital de Barbastro) tiene la acreditación IHAN desde el año 2009.

Desde finales del siglo XIX, con el desarrollo de la industria farmacéutica y la química, junto con los cambios socioculturales de la época, como la incorporación de la mujer al mundo laboral, se ha producido un descenso progresivo de las tasas y duración de la LM con un consecuente incremento de la alimentación artificial[1]. A lo largo del siglo XX, se desarrolló la asistencia de partos en los hospitales. Esto ha tenido un impacto muy positivo tanto en la madre como en el niño, pero, a su vez, se han desarrollado ciertas prácticas que no aportan ningún beneficio y pueden interferir en el inicio de la lactancia[1].

Son numerosos los estudios que avalan la importancia de la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida del bebé, y, después, complementada con una adecuada alimentación hasta los 2 primeros años de edad[1,2,3,4,5]. La leche materna contiene una elevada concentración de inmunoglobulinas y sustancias biológicamente activas, así como un alto aporte de nutrientes, lo cual favorece el crecimiento y desarrollo inmunológico del lactante[6]. Se ha demostrado que la LM previene las infecciones en el lactante, disminuye el riesgo de desarrollo futuro de enfermedades crónicas como la diabetes[7], la obesidad[8] o la celiaquía[5]; y contribuye al desarrollo cognitivo[6,9,10]. La lactancia materna también es beneficiosa para la madre[6], al favorecer la recuperación postparto, mejorar el bienestar psicologico y afectivo y, a largo plazo, disminuir el riesgo de desarrollo de osteoporosis y cáncer de mama y de ovarios.

La monitorización de la prevalencia de LM es de gran importancia, pero no solamente en las maternidades de los hospitales, sino también de forma continuada desde Atención Primaria. Con el análisis de estos datos, se puede estimar la eficacia y rentabilidad de los esfuerzos realizados y destinar de una manera más óptima los recursos necesarios para promover y apoyar la lactancia. Además, esta información resulta imprescindible para conocer los factores favorecedores de la LM, así como aquellos que influyen negativamente en la instauración de una lactancia satisfactoria. Diversos estudios españoles realizados en diferentes áreas de salud han intentado aclarar los factores sociosanitarios relacionados con la LM y estimar su prevalencia hasta el primer año de vida[4,11,12,13,14].

Los objetivos de este trabajo son los siguientes:

- Analizar la prevalencia de LM en nuestro medio y, tras conocer las características de la población, aspirar a mejorar sus índices, obteniendo, así, todos los beneficios que ello conlleva en relación con la nutrición, y el desarrollo y la salud del niño y la madre, además de un menor coste económico.
- Crear una base de datos de lactancia y conocer las prevalencias de la LM hasta los 2 años de vida en nuestra zona básica de salud, analizando los datos a los 6, 12, 18 y 24 meses de edad.
- Conocer factores sociosanitarios asociados a la LM, ya sean aquellos que la favorecen o posibles obstáculos que puedan surgir durante la lactancia.

Material y métodos

Para el presente trabajo se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal de los niños nacidos en nuestra área de salud desde el año 2011 hasta la actualidad.

De todos ellos, se elige la cohorte de aquellos niños nacidos entre 2011 y 2014, para poder ofrecer un valor de prevalencia de la LM a los 2 años.

Para la recogida periódica de datos se diseñó una tabla mediante el programa Microsoft Excel y se registraron todos los recién nacidos que acudían al Centro de Salud. En las primeras visitas al recién nacido se recogían los siguientes datos: nombre completo del paciente, tipo de lactancia y necesidad de suplemento, tipo de parto, lugar de nacimiento, edad y nacionalidad de la madre, número de hijos anteriores y si había amamantado con anterioridad. En cuanto al tipo de lactancia, la hemos clasificado según los indicadores de la OMS[15]:

- Lactancia materna exclusiva (LME) antes de los 6 meses: proporción de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna.
- Lactancia mixta: niños de 0 a 23 meses que fueron alimentados con lactancia materna y leche de origen no humano (leche artificial).
- Lactancia materna: leche materna (incluyendo leche extraída) y alimentación complementaria a partir de los 6 meses (cualquier alimento o líquido, incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes –leche artificial–).

–Lactancia artificial: niños de 0 a 23 meses de edad que fueron alimentados con biberón.

En las sucesivas visitas según las revisiones del Programa de Salud Infantil hasta los 2 años, se recogieron la edad de finalización de la LM y su motivo, así como la edad de introducción de la lactancia artificial.

En primer lugar, se realizó un estudio estadístico con el mismo programa Microsoft Excel mediante estadísticos descriptivos. Posteriormente, para analizar los factores sociosanitarios relacionados con la LM, se realizó un análisis multivariante con el programa SPSS, utilizando la prueba de chi cuadrado para la comparación de proporciones entre diversas variables cuantitativas.

Resultados

La muestra total fue de 420 niños, con un 28,6% de madres inmigrantes. Las pérdidas fueron escasas (13 niños): unos por no utilización del sistema sanitario público, pese a tener su domicilio en nuestra zona básica de salud (posibles usuarios de aseguradoras privadas), y otros por cambio de domicilio (inmigrantes que han regresado a su país de origen).

En cuanto al tipo de parto, el 70,57% fueron partos eutócicos, el 21,42% cesáreas y un 8,1% partos instrumentados. La lactancia materna fue la alimentación elegida en la sala de partos en el 90,5% de los casos.

La prevalencia media de LME a los 6 meses fue de 62,4%. Posteriormente, el porcentaje de mantenimiento de la LM con alimentación complementaria va descendiendo progresivamente a 48,3% a los 12 meses, 33,3% a los 18 meses y a un 15,1% a los 2 años de vida (gráfico 1). Las variables madre inmigrante, nacimiento en hospital IHAN y lactancias maternas anteriores se asociaron significativamente ($p < 0,05$) con el mantenimiento de la LM a los 6, 12 y 18 meses (gráficos 2, 3 y 4).

La edad media materna en el momento del parto fue de 32,65 años con una desviación típica de 4,86.

La edad media de abandono de la LM fue de 11,3 meses de vida, con una desviación estándar de 8,3 meses.

La lactancia materna varía en función de la edad de la madre (gráfico 5), siendo este dato significativo, con una $p < 0,05$, en la muestra de niños de 24 meses. Solo un 0,2% de las madres menores de 25 años amamanta a sus bebés a esta edad, porcentaje que asciende de acuerdo a la edad de la madre (2,2% en madres de 26 a 30 años, 6% en mayores de 35 años) y que es predominante en

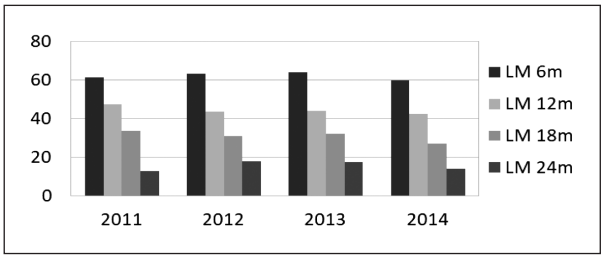

Gráfico 1. Prevalencia media de LM durante los años de estudio.

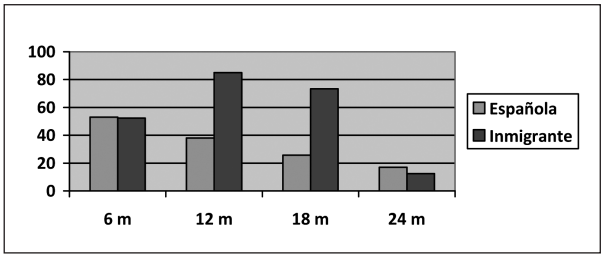

Gráfico 2. LM y nacionalidad ($p = 0,000$ a los 6, 12 y 18 meses).

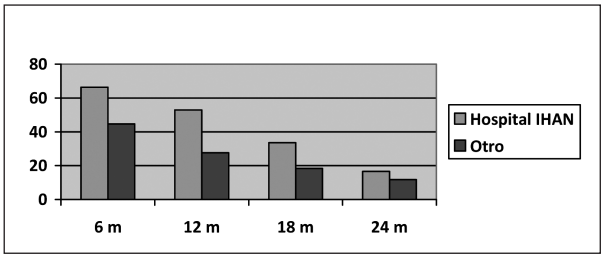

Gráfico 3. LM y hospital de nacimiento ($p < 0,005$ a los 6, 12 y 18 meses).

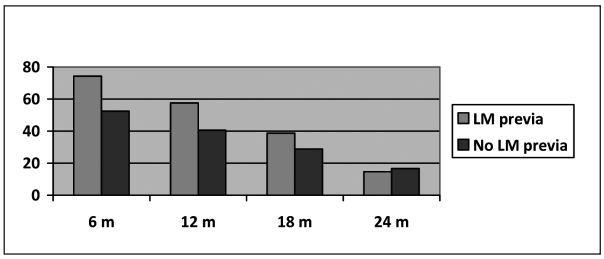

Gráfico 4. LM según LM previa ($p<0.05$ a los 6, 12 y 18 meses).

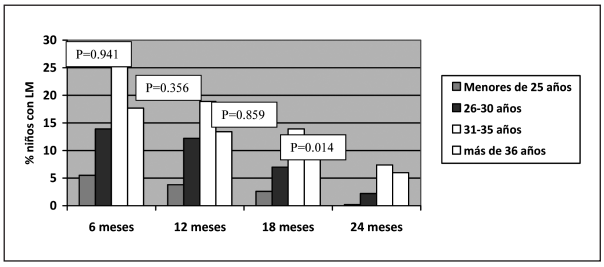

Gráfico 5. Porcentajes de LM a los 6, 12, 18 y 24 meses, según el grupo de edad (en años) de las madres.

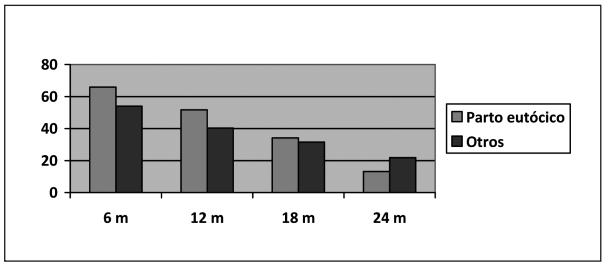

Gráfico 6. LM según el tipo de parto (p < 0,05 a los 6 y 12 meses).

las madres de entre 31 y 35 años (7,4%). A los 6 meses de vida, esta proporción por grupos de edad (menores de 25, 26-30 años, 31-35 años y mayores de 35) es similar: 5,5%, 13,9%, 25,2% y 17,7%, respectivamente. Lo mismo ocurre a los 12 y 18 meses (por grupos de edad de la madre: 3,8%, 12,2%, 18,9%, 13,4% y 2,6%, 7%, 13,9%, 9,8%, respectivamente a los 12 y 18 meses), diferencias que no son significativas.

Al analizar el tipo de parto, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre parto eutócico y mantenimiento de la LM a los 6 y 12 meses, que no resultaron significativas a los 18 meses (gráfico 6). Los partos normales fueron significativamente superiores en el hospital IHAN (p = 0,000) con respecto a otros hospitales públicos o privados no IHAN.

Discusión

Hasta la fecha no exiten datos epidemiológicos en nuestra comunidad de prevalencia de LM a los 2 años de vida, y en España no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de la lactancia materna, por lo que los datos obtenidos en los diferentes estudios locales a veces son difícilmente comparables.

Con nuestro estudio, podemos observar una elevada prevalencia de LM, que se mantiene hasta los 18 meses, con respecto a otros **estudios aragoneses** (gráfico 1). El estudio CALINA en Aragón muestra una prevalencia de lactancias mixtas del 54% a los 6 meses, mientras que solo un 27,8% de las madres mantienen la LM hasta el año[16]. En nuestra población, la LM exclusiva a los 6 meses está en 62,4% y al año de edad se sitúa en un 48,3% de los niños. En comparación con otro hospital IHAN de nuestra comunidad (Hospital de Alcañiz, en la primera fase ID de acreditación IHAN, con unas prevalencias de LM del 41,8% a los 6 meses y 12,2% a los 12 meses), nuestras cifras también se mantienen superiores[17,18].

A nivel nacional, según el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP)[19] y a tenor de los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística[20], la prevalencia de la LM exclusiva en España es de 63% a las seis semanas y 26% a los seis meses, cifras alejadas de las recomendaciones de la OMS-UNICEF. En un estudio estatal[12] estas cifras son de 24,8% a los 6 meses y 7,2% a los 12 meses, ambas muy inferiores a las encontradas en nuestra población. En otras ciudades españolas, la prevalencia de la LM también se sitúa en valores inferiores a los de nuestro centro, como indica, por ejemplo, el 6,8% de LM a los 6 meses en León[14], el 7,7% a los 12 meses en Andalucía[21] o el 3,5% en Sant Feliu (Barcelona)[13].

Mundialmente, al igual que en nuestro medio, también se observa una mayoría de elección por la LM en el primer momento tras el nacimiento y una progresiva disminución a lo largo de los meses. UNICEF publicó en 2016 que un 43% de los niños son amamantados a los 6 meses de vida, mientras que en nuestra área la LM es del 62,4% a los 6 meses. A nivel global[19], las tasas de LM al año de vida son del 74%, reduciéndose hasta el 46% a los 2 años, pero UNICEF estima que esta cifra disminuye muy por debajo del 30% a los 2 años en Europa central y no llega al 20% al año de vida en países con mayores ingresos. En este ámbito, podemos considerar nuestra prevalencia de LM al año (48,3%) y a los 2 años (15,1%) por encima de la de los países similares al nuestro.

Al analizar el tipo de parto, constatamos que la probabilidad de mantenimiento de la LM hasta los 12 meses es superior cuando se trata de partos eutócicos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de LM a los 6 y 12 meses, datos similares a los encontrados en otros estudios estatales[12]. En nuestra área tenemos un alto porcentaje de partos eutócicos (70,57% frente a los 67,4% del CALINA)[16], con una tasa de cesáreas inferior a otros estudios[16,17]. En el hospital IHAN se realizaron significativamente más número de partos normales respecto a otros hospitales.

El porcentaje de madres inmigrantes en nuestra área de salud es discretamente superior al de nuestra comunidad autónoma (23,6%).

En cuanto a la edad materna, la media en el momento del parto (32,65 años) es similar a la de nuestro país[12,17,21]. Por tramos de edad, en nuestra población los mejores datos de lactancia materna se encuentran entre las madres de 31-35 años, dato que es significativo en los bebés con LM a los 24 meses de edad. Probablemente, los motivos sean la mayor estabilidad de la madre, una

decisión materna y confianza en sí misma, mejor apoyo familiar y la ausencia de factores de riesgo social, entre otros.

Podemos concluir que en nuestra área de salud (Hospital IHAN) existe un alto porcentaje de LM hasta los 2 años de vida con respecto a otras áreas de salud aragonesas, españolas y probablemente mundiales, comparando con sociedades similares a la nuestra. A pesar de la importancia reconocida de la lactancia y de los esfuerzos realizados para informar a las madres lactantes, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, todavía existen obstáculos para alcanzar los objetivos de la OMS: LM exclusiva 6 meses y mantenimiento hasta los 2 años de vida. La realidad es que en España se ha perdido la cultura de la lactancia materna. Esta falta de cultura social y médica en relación con la lactancia materna hace que la madre no encuentre el apoyo familiar ni sanitario necesario para adquirir la suficiente seguridad y experiencia para instaurar una lactancia satisfactoria.

Los condicionantes que influyen favorablemente en nuestro medio para mantener una LM son el que las madres sean inmigrantes, el nacimiento en hospital IHAN, el que las madres hayan amamantado con anterioridad y los partos eutócicos.

Es importante mejorar el sistema de monitorización y seguimiento de la LM para obtener datos y diseñar estrategias multidisciplinares con el objetivo de favorecer el inicio y mantenimiento de las lactancias, así como de apoyar a la familia. Gracias al conocimiento y resgistro de los datos y tras su análisis, se pueden aumentar los índices de LM y obtener así todos los beneficios que ello conlleva cuestión de la nutrición, desarrollo y salud del niño y la madre, además de un menor coste económico.

Es necesaria una formación adecuada en lactancia por parte de todo el personal que atiende a estas familias, pues son la principal fuente de apoyo para poder solventar las dudas y dificultades iniciales en relación con LM y garantizar así una lactancia más eficaz y duradera. La madre es la que tiene que decidir cómo quiere alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome sobre la base de una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

En futuros estudios deberían investigarse factores relacionados con patologías perinatales (ingresos perinatales, prematuros, peso al nacer…) que puedan afectar al inicio y al mantenimiento de una satisfactoria LM.

Bibliografía

1. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Ed. Panamericana, 2009.
2. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y el niño pequeño. Informe de la secretaria. 55.º Asamblea Mundial de la Salud. En Organización Mundial de la Salud: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81907/1/sa5515.pdf.
3. WHO. Feeding and nutrition of infants and young children. Guidelines for the WHO European region, with emphasis on the former Soviet countries. 2003.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
5. ESPGHAN Committee on Nutrition: Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN. Committee on Nutrition. J. Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 49: 112-25.
6. Pallás Alonso C. R. Promoción de la lactancia materna. 2006. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado en enero de 2016. [consultado en marzo-2018]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_lactancia.pdf.
7. Borch-Johnsen K, Joner G, Mandrup-Poulsen T, Christy M, Zachau-Christiansen B, Kastrup K, et al. Relation between breastfeeding and incidence rates of insulin-dependent diabetes mellitus: a hypothesis. Lancet. 1984; 2: 1083-6.
8. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity: a systematic review. Int J Obes Relat Metab Disord. 2004; 28: 1247-56.
9. Drane DL, Logemann JA. A critical evaluation of the evidence on the association between type of infant feeding and cognitive development. Pediatr Epidemiol. 2000; 14: 349-56.
10. Lykke Mortensen E, Fleischer Michaelsen K, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. JAMA. 2002; 287: 2365-71.
11. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañon Henrich N, Castillo Portales S, Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. Semergen 2003; 29(3): 121-4.
12. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. Rev Pediatr At Primaria. 2000; 2: 373-87.
13. A. Raventós Canet y cols. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud de Sant Feliu-2 (Barcelona). Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8: 409-20.
14. Fidalgo I, López D, Jiménez M, González A, Costales A, Blanco MP, López R. Factores relacionados con la lactancia materna. Rev Pediatr Aten Primaria. 2002; 16: 579-91.

15. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EEUU. En: Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf;jsessionid=39A89E6DAFD130BC1C6A6A2745A31F27?sequence=1.

16. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, y grupo colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. AN Pediatr (Barc). 2013; 79 (5): 312-8.

17. Perales Martínez JI, Pina Marqués B. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017; 19: 337-44.

18. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz. ¿Merece la pena poner en práctica los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en un hospital comarcal? Bol Pediatr Arag Rioj Sor. 2006; 36: 20-6.

19. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Comité de la Lactancia Materna de la AEP. 2016.

20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011. En: Instituto Nacional de Estadística: www.ine.es/prensa/np770.pdf

21. Aguayo Maldonado J, et al. Lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Consejería de Salud, 2005.

22. Manual de Lactancia Materna. Cuidados materno-infantiles en el embarazo, parto y puerperio. Sector Barbastro. Ed. La Central S.C. 2017.

23. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90; 16 de septiembre e1-e18. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_MDG.pdf.