



Facultad de
Ciencias de la Salud
y del Deporte - Huesca
Universidad Zaragoza

Universidad de Zaragoza

Grado en Nutrición Humana y Dietética

Prevalencia de Lactancia Materna hasta los dos años de edad en
niños controlados en el Centro de Salud Perpetuo Socorro de
Huesca

Prevalence of breastfeeding up to two years of age in children
controlled in Centro de Salud Perpetuo Socorro of Huesca

Autor: Veronica Chapellin Gatrif

Director: Jorge Fuertes Fernández-Espinar, Pediatría

Director: Purificación Broto Cosculluela, Enfermería

Junio de 2021

RESUMEN

La lactancia materna (LM) es el alimento natural y óptimo para el recién nacido (RN) en los primeros 6 meses, es la forma más saludable de alimentarlos durante ese primer período de vida porque aporta los nutrientes necesarios para un buen desarrollo y crecimiento ⁽¹⁾.

El objetivo del estudio es valorar la prevalencia actual de lactancia materna hasta los 2 años de los niños y niñas que han cumplido esta edad en el 2020, y que han sido controlados en el Centro de Salud (CS) Perpetuo Socorro de Huesca. La población de estudio ha sido de 110 niños nacidos en 2018 cuyo seguimiento del periodo lactante ha sido únicamente en este CS. Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, en donde se compara nuestra población de estudio con los niños nacidos en el mismo centro en el 2014, para observar donde se sitúan las cifras actuales de prevalencia de LM.

Tras el análisis, se observa que la tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta del hospital se mantiene prácticamente igual. Luego a los 15 días, al mes, dos, tres y cuatro meses, se muestra un descenso aproximadamente del 10% en algunos casos. En el sexto mes hay un aumento de las cifras. Por último, a los 9 y 12 meses, si se muestran aumentos significativos, ya que a los 9 meses muestra incrementos de 5,5% a 37,2%; y a los doce meses de 0,7% a 29,09%.

Por otra parte, se observa que la tasa de prevalencia de lactancia materna al alta del hospital, a los 15 días, al mes y al segundo mes muestran ligeros aumentos. Luego en el tercer y cuarto mes se muestra un pequeño descenso, pero nada significativo. Por último, al mes 6, 9 y 12 se muestra un aumento, pero tampoco nada significativo.

Se concluye que la tasa de lactancia materna en el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca ha aumentado a lo largo de estos años, consiguiendo así una mejora significativa de las cifras de LME a los nueve y doce meses de vida.

ÍNDICE

• Abreviaturas.....	4
• Glosario.....	5
• Introducción.....	6
○ Un viaje a la historia.....	8
○ Componentes de la leche materna.....	9
○ Beneficios de la Lactancia Materna.....	11
○ Epidemiología de la lactancia materna.....	13
• Objetivos.....	15
• Materiales y métodos.....	16
• Resultados.....	18
○ Lactancia Materna exclusiva.....	19
○ Lactancia Materna (exclusiva + mixta).....	20
• Discusión.....	25
• Conclusión.....	28
• Bibliografía.....	29

ABREVIATURAS

- LM: Lactancia Materna
- RN: Recién Nacido
- CS: Centro de Salud
- LME: Lactancia Materna exclusiva
- LA: Lactancia Artificial

GLOSARIO

- Lactancia Materna exclusiva: Se conoce como la lactancia en donde el bebé solo recibe leche materna de su madre o nodriza, sin ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales, o medicinas ⁽²⁾.
- Lactancia Materna mixta: Incluye LM y LA al mismo tiempo, sería una mezcla de leche humana y leche no humana.
- Lactancia artificial: Solo incluye leche no humana, es decir, leche de fórmula para bebés/niños o leche animal (vaca, cabra, etc).

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el alimento natural y óptimo para el recién nacido (RN) en los primeros 6 meses, es la forma más saludable de alimentarlos durante ese primer período de vida porque aporta los nutrientes necesarios para un buen desarrollo y crecimiento ⁽¹⁾.

Es considerado el mejor alimento debido a los múltiples componentes nutritivos y no nutritivos que tiene la LM, la cual la convierten en un gran modelo biológico, modificando su composición en las próximas semanas y meses luego del parto. La LM se asocia a una reducción del riesgo de infecciones respiratorias, otitis, diarreas y alergias ⁽³⁾; al igual que brinda beneficios relacionados con la maduración de la microbiota intestinal, tubo digestivo e inmunomodulación ⁽⁴⁾. Con esto ayudamos a conseguir el crecimiento, desarrollo y maduración postnatal óptimo del RN por las modificaciones de su composición en función de los requerimientos nutricionales y biológicos del lactante ⁽²⁾.

Además, es un alimento cómodo, práctico, portátil, sano, higiénico, económico y apto para tomar en cualquier situación y lugar ⁽³⁾.

Una de las características más específicas de la LM es que, al tratarse de un fluido vivo, su composición varía a lo largo del tiempo adaptándose a todas las etapas del desarrollo del lactante; es por eso que en cada etapa contiene la proporción ideal y exacta de proteínas, grasas, vitaminas, minerales y azúcares ⁽²⁾.

La LM también cuenta con un efecto protector a largo plazo, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades como diabetes insulino dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, patología alérgica, obesidad e hipercolesterolemia; e incluso mejora el desarrollo psicomotor e intelectual ⁽⁵⁾.

No obstante, la LM significa mucho más que solo la administración de un alimento nutricionalmente adecuado, ya que también favorece el establecimiento del vínculo materno-filial que se inicia durante el periodo intrauterino ⁽³⁾.

Por último, no debemos dejar de mencionar que ofrece numerosos beneficios en el momento para la madre, ya que disminuye el riesgo de anemia, hipertensión y depresión postparto; y a

largo plazo tiene factor protector contra diabetes tipo 2, obesidad, cáncer de mama o de ovario y osteoporosis ⁽⁵⁾.

UN VIAJE A LA HISTORIA

La leche materna ha sido durante toda la existencia del ser humano el único alimento que el RN y el lactante pequeño podían recibir para sobrevivir. No obstante, como la LM es un proceso biológico, está sujeto a modificaciones por creencias, clase social, etnia, región donde se encuentre y el acceso que haya tenido a la educación ⁽⁶⁾.

La historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad, y sus beneficios se han documentado por siglos. La figura de las nodrizas en las edades antigua, media, moderna y parte de la contemporánea ha sido igual de importante, ya que eran las personas que amamantaban a los hijos de aquellas madres que no querían brindarle a su hijo LM por el desgaste que producía, generalmente eran de una clase social alta. Con el tiempo, la labor de las nodrizas se convirtió en un trabajo remunerado ⁽⁶⁾.

Las nodrizas han figurado como una parte fundamental en la historia de la lactancia; es por eso que entre el siglo I y el siglo XVII se acostumbraba a que las nodrizas también se encargaran de alimentar a los niños en sus casas, pero cuando eso se hacía, aumentaba la mortalidad infantil porque había una estrecha relación con asfixias o infecciones de las que no estaban exentos los lactantes ⁽⁶⁾.

No obstante, a partir del siglo VI en la entrada de la Edad Media, se considera importante que la lactancia sea suministrada por la propia madre. Y con la entrada de la Edad Moderna, empieza la introducción de la alimentación artificial y la desaparición de las nodrizas, junto con la disminución de la desnutrición y de la mortalidad infantil ⁽⁶⁾.

Del siglo XVIII a la actualidad y a partir de la Segunda Guerra Mundial, se introduce la leche en polvo y los suplementos de la lactancia, lo que hace que las nodrizas desaparezcan casi por completo ⁽⁶⁾.

Hoy en día en el siglo XXI, se tiene la total certeza de que la lactancia materna es el alimento más completo para el RN y para el lactante ⁽⁶⁾.

COMPONENTES DE LA LECHE MATERNA

Los componentes de la leche materna sufren modificaciones según la etapa en la que se encuentre, y en cada etapa cuenta con la porción óptima de nutrientes que se adapta al crecimiento y al desarrollo del bebé.

La primera etapa de la leche materna es el precalostro, el cual es un exudado del plasma que se produce a partir de la semana 16 de embarazo. Es una leche rica en proteínas, nitrógeno, inmunoglobulinas, ácidos grasos y minerales como el hierro, sodio, magnesio y cloro ⁽⁷⁾.

La siguiente etapa es el calostro, el cual es un líquido amarillento por su contenido en B-carotenos y se secreta entre los primeros 5 a 7 días después del parto. Su volumen puede variar de 2 a 20 ml/día en los primeros tres días, y aumentar hasta 580 ml/día en el sexto día a medida que el bebé va succionando. Es una etapa en donde la leche se encuentra muy alta en proteínas (97% se encuentran en forma de Inmunoglobulinas A), vitaminas liposolubles, lactoferrina, sodio, zinc, etc; y en concentraciones menores de grasas, lactosa y vitaminas hidrosolubles ⁽⁷⁾.

El calostro es esencial esos primeros días de vida porque protege frente a infecciones y alergias ya que transfiere inmunidad pasiva al RN por absorción intestinal de inmunoglobulinas ⁽⁷⁾.

La tercera etapa de la leche es conocida como leche de transición, su producción comienza luego del calostro y dura entre 5 y 10 días. En este período aumentan las concentraciones de lactosa, grasas (por aumento de colesterol y fosfolípidos) y de vitaminas hidrosolubles ⁽⁷⁾.

La última etapa sería la leche madura que comienza luego de los 15 días del parto y puede durar hasta más de 15 meses. Tiene un volumen promedio diario de 750 ml, pero en embarazos múltiples puede llegar a los 1,200 ml/día. Su componente mayoritario es el agua ya que representa el 87%, y al tener una osmolaridad similar a la del plasma, permite un equilibrio electrolítico perfecto, incluso en circunstancias extremas de calor. También aporta de 670 a 700 kcal/L principalmente a través de los hidratos de carbono y las grasas ⁽⁷⁾.

En cuanto a los hidratos de carbono, aportan energía al sistema nervioso central. Como su principal componente está la lactosa, la cual favorece al desarrollo de la flora intestinal e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante. También mejora la absorción

de calcio y mantiene la osmolaridad equilibrada por las bajas concentraciones de sodio y potasio. Luego está la galactosa que es fundamental para la formación de galactopéptidos y galactolípidos en el sistema nervioso central ⁽⁷⁾.

Respecto a las grasas, la leche materna aporta ácidos grasos de cadena larga que se consideran indispensables al no ser sintetizados por el ser humano, y deben provenir de la dieta de la madre; esos ácidos grasos a su vez se convierten en ácidos grasos poliinsaturados que son vitales para el desarrollo estructural y funcional del sistema perceptual, cognitivo y visual-sensorial del lactante. También aporta concentraciones altas de colesterol la cual es una grasa fundamental para la proliferación de las neuronas y la mielinización de células gliales. Por último, encontramos la lipasa que es una enzima que mejora la digestión de las grasas del lactante ⁽⁷⁾.

En la leche materna encontramos entre 8,2 y 9 gramos de proteína por litro, pero su concentración disminuye con el paso del tiempo. Las proteínas más importantes de la leche materna son las proteínas del suero, de las cuales la α -lactoalbúmina es la más abundante y tiene su función actuando como cofactor en la biosíntesis de la lactosa; y la lactoferrina la cual se une al hierro para mejorar su transporte y absorción ⁽⁷⁾.

Sin embargo, dentro de las proteínas también encontramos aminoácidos como la taurina, fundamentales para la digestión de las grasas y el desarrollo del sistema nervioso central; y nucleótidos que promueven el crecimiento y la maduración intestinal, la función inmune, la biodisponibilidad del hierro, entre otros ⁽⁷⁾.

En cuanto a las vitaminas, las hidrosolubles tienen una concentración óptima y la niacina y la vitamina C son las más abundantes. No obstante, la leche materna no tiene niveles óptimos de vitamina K y tampoco tiene altos niveles de vitamina D, pero un bebé alimentado con esta leche no padece raquitismo porque poseen un sulfato de esa vitamina que es adquirida durante los primeros tres meses por vía transplacentaria ⁽⁷⁾.

Por último, el contenido de minerales es óptimo, aunque algunos se encuentren en menor cantidad. El que más destaca es el hierro cuyas concentraciones varían a lo largo de la lactancia, sin embargo logran estabilizarse a los 6 meses ⁽⁷⁾.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna abarca desde aspectos nutricionales, desarrollo neurocognitivo y del sistema inmunitario, hasta estados psicoafectivos. Es por sus múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre, que la leche materna es considerada el mejor alimento que puede recibir un RN, siendo la fuente más importante de nutrientes necesarios para el buen desarrollo y crecimiento del neonato en sus primeros meses de vida.

Los beneficios de la lactancia materna son muchos a corto y a largo plazo tanto para el bebé como para la madre. Entre los principales beneficios a corto plazo que tiene la leche materna para el bebé es que contiene anticuerpos con factor de protección de enfermedades en la infancia, como la diarrea y la neumonía que son las dos causas principales de morbilidad en los dos primeros años de vida ⁽⁸⁾.

A largo plazo el bebé también cuenta con una serie de beneficios ya que la lactancia materna propicia una buena salud durante toda la vida. Se ha demostrado que la LME se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor. Los adolescentes y adultos que fueron amamantados de niños también son menos propensos a sufrir diabetes tipo 2 y obtienen mejores resultados en las pruebas de inteligencia ⁽⁹⁾.

Entre los beneficios que la lactancia materna le brinda a la madre, se encuentra a corto plazo una recuperación de peso más rápido luego del parto, disminución de hipertensión, de anemia y de depresión postparto ⁽⁵⁾. Mientras que a largo plazo disminuye las tasas de obesidad, el riesgo de osteoporosis, riesgo de padecer cáncer de mama y/o de ovario, alteraciones cardiovasculares, entre otros ⁽⁸⁾.

Incluso la LME ayuda a espaciar los embarazos sobretudo en los primeros seis meses, ya que tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Consiste en un método anticonceptivo natural, aunque no exento de fallos, denominado “Método de Amenorrea de Lactancia” ⁽⁹⁾.

Al comparar la lactancia materna con las fórmulas artificiales lácteas, vemos que el principal beneficio está a favor de la lactancia materna por esos anticuerpos que posee la leche materna

que protegen y desarrollan los intestinos inmaduros de un neonato prematuro o con bajo peso al nacer. En la actualidad no se considera conveniente utilizar leches enteras líquidas, evaporadas o en polvo en la alimentación del lactante menor de seis meses debido a su elevada concentración de proteínas, grasas saturadas, y la baja concentración de hidratos de carbono, específicamente lactosa ⁽¹⁰⁾. Los beneficios que le brinda la lactancia materna a la madre, tampoco se obtiene a través de las leches artificiales.

Es por todo esto que la OMS recomienda una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, y mixta hasta los dos años o más junto con alimentación complementaria para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptima ⁽¹¹⁾.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA LACTANCIA MATERNA

La situación mundial refleja que, aunque el inicio de la LM es mayoritario en casi todos los países, a lo largo de los primeros meses de vida se produce un descenso progresivo. Globalmente, solo un 43% de los niños que inician la LME sus primeros días de vida, la continúan hasta los seis meses de vida ⁽¹²⁾.

La OMS considera que el 97% de las mujeres pueden amamantar con exclusividad a sus hijos hasta los seis meses de vida, y mantener la lactancia hasta los dos años o más. En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado, por lo que los datos existentes son obtenidos de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional; y eso impide que se pueda llevar un seguimiento temporal y que los datos sean fácilmente comparables ⁽¹²⁾.

Uno de los estudios más importantes y amplios que se han realizado para conocer la prevalencia de LM en España ha sido impulsado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1997, por medio de una encuesta transversal en numerosas provincias. La tasa de prevalencia de LM (exclusiva + mixta) fue al mes de vida de un 77,6%, a los 3 meses de un 54,6%, a los 6 meses de 25% y de 7% al año de vida; con una tasa de duración media de LM de 3,2 meses ⁽¹³⁾.

Otro estudio fue uno realizado en el área de salud de Alcañiz (Teruel) en 1995, donde se demostró que un 99% de las madres le dan lactancia materna (exclusiva + mixta) a sus hijos. De ese porcentaje de madres, a los 15 días un 93% seguía con lactancia materna, al mes un 88%, a los 3 meses un 67%, a los 6 meses un 41% y al año de vida solo un 12% ⁽¹⁴⁾.

Un estudio realizado en Aragón llamado CALINA entre marzo del 2009 y marzo del 2010, evaluó la prevalencia de LM de 1.602 niños durante su primer año de vida. La prevalencia en el primer mes fue de 82,5%, en el tercer mes fue de 71,8%, en el sexto mes de 54,3%, en el noveno mes de 36,9% y de 27,8% a los doce meses. Lo bueno fue que la prevalencia de lactancia permaneció en 27,8% luego de un año, y que las cifras de lactancia materna aumentaron en relación con estudios previos a nivel nacional ⁽³⁾.

Otro estudio realizado en Madrid entre 2012 y 2013 llamado ELOIN, incluyó a 2.627 niños para estudiar la prevalencia de lactancia materna durante su primer año de vida. La prevalencia al inicio fue de 88%, a los 6 meses de 49,4%, y de 20,4% al año de vida ⁽¹⁵⁾.

Un estudio llamado ZORROTZAURRE realizado en Bilbao entre 2016 y 2018, también estudió la prevalencia de LM en 366 niños y los resultados fueron de 87,1% al inicio, de 48,4% a los seis meses, y de 20,6% al año. En este estudio también se observó la prevalencia de lactancia materna exclusiva, la cual era de 51,7% al inicio, y de 21,6% a los seis meses; por lo que se llega a la conclusión de que solo 1 de cada 5 niños recibe LME hasta los seis meses de vida y eso nos aleja del objetivo de la OMS ⁽¹⁵⁾.

Entre 2010 y 2012 se realizó un estudio también en Zaragoza, donde se recogió datos de 570 niños y los resultados de prevalencia fueron de 86,3% al inicio, de 40,7% a los seis meses, y solo de 14,2% al año de vida ⁽¹⁵⁾.

Por último, un estudio elaborado en Castellón de la Plana entre 2007 y 2009, recopiló datos de 335 niños y concluyó que la prevalencia de lactancia materna al inicio era de 81,3%, de 51,9% a los seis meses, y de 23,8% a los doce meses ⁽¹⁵⁾.

OBJETIVOS

General: Valorar la eficacia de un programa multidisciplinar de intervención para la promoción de Lactancia Materna que se viene desarrollando desde el 2007 en nuestro Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva y de lactancia materna mixta al alta, 15d, 1 mes, 2, 3, 4, 6, 9 y 12 meses.
- Comparar las prevalencias de lactancia materna durante el 2018 con el 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población de estudio sería 110 niños que han sido controlados y atendidos en el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca desde su nacimiento (2018) hasta que han cumplido los dos años de vida (2020).

Por otro lado, la población de referencia sería 170 niños nacidos en el 2014 que también han sido controlados y atendidos en el mismo CS Perpetuo Socorro de Huesca.

El periodo de recogida de datos comenzó en febrero del 2021 hasta principios de mayo del mismo año y en el mismo Centro de Salud. Los datos han sido recogidos telefónicamente y/o a través de lo que estaba escrito en la historia clínica de cada niño/a.

Como criterios de exclusión de este estudio se han tomado en cuenta: alguna patología de la madre al momento del nacimiento del bebé, parto prematuro, no acudir de forma constante a las revisiones, irse a otro centro al poco tiempo de haber nacido o por el contrario haber llegado de otro centro meses después del nacimiento. Mientras que los criterios de selección han sido: una buena salud tanto de la madre como del bebé, y un control constante y adecuado que permita conocer cómo y por cuánto tiempo ha sido el periodo de lactancia del bebé, al menos hasta los 24 meses.

En cuanto al diseño, se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, en el que se compara los niños nacidos en el 2018 en el CS Perpetuo Socorro de Huesca, como ya ha sido mencionado anteriormente. Cuenta con un grupo de comparación que se conforma por los niños nacidos en el 2014 en el mismo centro para observar donde se encuentran las tasas de prevalencia actual de lactancia materna.

En nuestro estudio, con diseño transversal, es donde se va a comparar la prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna (exclusiva + mixta) entre los niños/as nacidos en el mismo centro de salud en 2014, en relación con los nacidos en el año 2018. Se compara la eficacia del programa de intervención para promoción de LM que se realiza en todos los recién nacidos de nuestro centro desde el 2006.

Análisis estadístico

Las prevalencias de lactancia materna exclusiva y las tasas de lactancia materna exclusiva y mixta, se estiman en porcentajes en los distintos momentos del tiempo.

En las gráficas, se compararon las prevalencias de lactancia materna en distintos momentos del tiempo para los nacidos en 2014, y los nacidos en 2018. Esta variable era categórica y por lo tanto se resumió en forma de recuentos y porcentajes.

La diferencia de porcentajes en las gráficas se valoró mediante el método del test de chi cuadrado, o el test exacto de Fisher, si se incumplen algunas de las condiciones para aplicar el anterior método. Para los cálculos se utilizó el Programa Epidat 3.1.

RESULTADOS

El total de niños y niñas nacidas en el 2018 en el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca fue de 139, de los cuales solo 110 participaron a este estudio, y 29 fueron excluidos.

Como ya he mencionado anteriormente, los criterios de exclusión fueron alguna patología de la madre al momento del nacimiento del bebé, si el niño presentaba alguna patología en su nacimiento, parto prematuro, no acudir a las revisiones de forma constante, irse a otro centro al poco tiempo de haber nacido o por el contrario haber llegado de otro centro meses después del nacimiento.

Los datos han sido recogidos principalmente a través de llamadas telefónicas únicamente con las madres/padres del niño, y cuando no era posible mediante ese método, los datos de LM se podían obtener a través de la aplicación de Atención Primaria llamado OMI.

A continuación, se muestran las tablas y las gráficas con los datos obtenidos.

TABLA 1: Frecuencia de lactancia materna exclusiva de los niños nacidos en 2018 (N=110).

	<i>FRECUENCIA (N)</i>	<i>PORCENTAJE VÁLIDO (%)</i>
<i>ALTA</i>	89	80,9
<i>15 DÍAS</i>	69	62,7
<i>1 MES</i>	68	61,8
<i>2 MESES</i>	63	57,3
<i>3 MESES</i>	61	55,4
<i>4 MESES</i>	58	52,7
<i>6 MESES</i>	49	44,5
<i>9 MESES</i>	41	37,2
<i>12 MESES</i>	32	29,09

TABLA 1: Se incluyen los datos de prevalencia de LM exclusiva al alta, a los 15 días, al mes, dos meses, tres meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses y doce meses de los niños nacidos en 2018 (N=110).

TABLA 2: Frecuencia de lactancia materna exclusiva y mixta de los niños nacidos en 2018 (N=110).

	<i>FRECUENCIA (N)</i>	<i>PORCENTAJE VÁLIDO (%)</i>
<i>ALTA</i>	103	93,6
<i>15 DÍAS</i>	101	91,8
<i>1 MES</i>	96	87,2
<i>2 MESES</i>	92	83,6
<i>3 MESES</i>	86	78,1
<i>4 MESES</i>	76	69,1
<i>6 MESES</i>	69	62,7
<i>9 MESES</i>	61	55,4
<i>12 MESES</i>	53	48,1

TABLA 2: Se incluyen los datos de prevalencia de LM exclusiva y mixta al alta, a los 15 días, al mes, dos meses, tres meses, cuatro meses, seis meses, nueve meses y doce meses de los niños nacidos en 2018 (N=110).

TABLA 3: Comparación de lactancia materna exclusiva entre los niños nacidos en 2018 (N= 110) y los niños nacidos en 2014 (N=145).

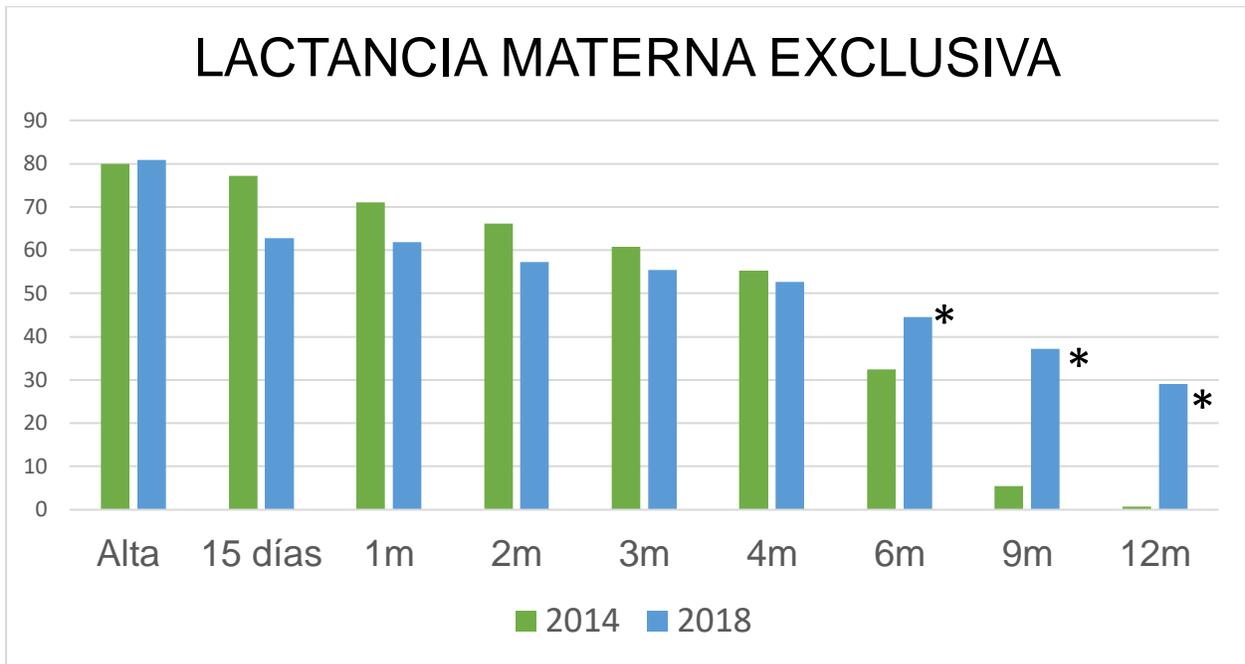
	2018		2014	
	N	%	N	%
<i>ALTA</i>	89	80,9	116	80
<i>15 DÍAS</i>	69	62,7	112	77,2
<i>1 MES</i>	68	61,8	103	71,1
<i>2 MESES</i>	63	57,3	96	66,2
<i>3 MESES</i>	61	55,4	88	60,7
<i>4 MESES</i>	58	52,7	80	55,2
<i>6 MESES</i>	49	44,5 *	47	32,4
<i>9 MESES</i>	41	37,2 *	8	5,5
<i>12 MESES</i>	32	29,09 *	1	0,7

*Se muestran diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los porcentajes de lactancia materna exclusiva entre los años 2014 y 2018 a los seis, nueve y doce meses.

TABLA 3: Se incluyen los datos de prevalencia de LM exclusiva entre los niños nacidos en 2018 (N=110) y los niños nacidos en 2014 (N=145).

Se observa que la tasa de prevalencia de LME al alta del hospital es la misma en las dos muestras. A los 15 días, al mes, dos meses y tres meses hay un pequeño descenso en los niños nacidos en 2018. A los cuatro meses se mantiene prácticamente igual. A los seis meses, nueve y doce meses se puede apreciar un aumento, con relación significativa, en las tasas de lactancia materna, especialmente en el noveno mes y al año de vida.

GRÁFICA 1: Porcentajes comparativos entre las tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva de los niños nacidos en 2014 y los niños nacidos en 2018.



*p<0,05

GRÁFICA 1: Muestra el porcentaje comparativo de lactancia materna exclusiva entre los niños nacidos en 2014 y los nacidos en 2018; observándose porcentajes más elevados, con relación significativa, a los seis, nueve y doce meses.

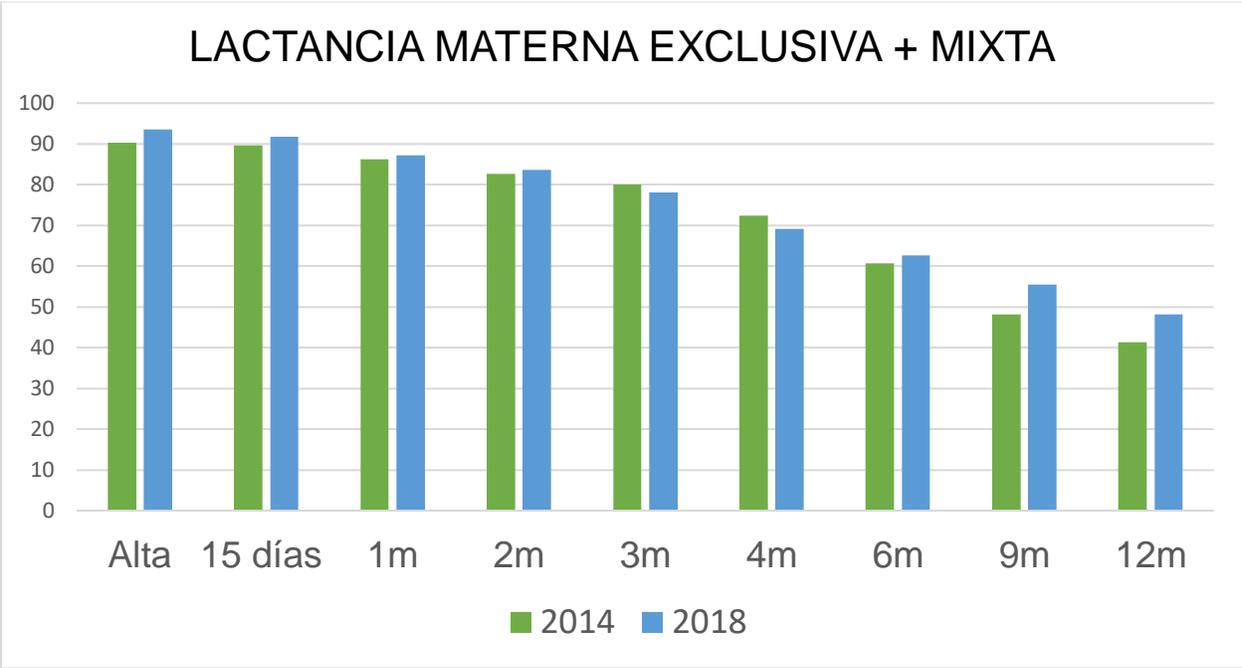
TABLA 4: Comparación de lactancia materna exclusiva y mixta entre los niños nacidos en 2018 (N= 110) y los niños nacidos en 2014 (N=145).

	2018		2014	
	N	%	N	%
<i>ALTA</i>	103	93,6	131	90,3
<i>15 DÍAS</i>	101	91,8	130	89,6
<i>1 MES</i>	96	87,2	125	86,2
<i>2 MESES</i>	92	83,6	120	82,7
<i>3 MESES</i>	86	78,1	116	80
<i>4 MESES</i>	76	69,1	105	72,4
<i>6 MESES</i>	69	62,7	88	60,6
<i>9 MESES</i>	61	55,4	70	48,2
<i>12 MESES</i>	53	48,1	60	41,3

TABLA 4: Se incluyen los datos de prevalencia de LM exclusiva y mixta entre los niños nacidos en 2018 (N=110) y los niños nacidos en 2014 (N=145).

Se observa que la tasa de prevalencia de LM al alta del hospital, a los 15 días, al primer y segundo mes aumentan con relación a las tasas del 2014. En el tercer y cuarto mes las tasas del 2018 disminuyen un poco. En los últimos meses los datos obtenidos vuelven a mostrar un aumento, especialmente en el noveno mes y al año de vida.

GRÁFICA 2: Porcentajes comparativos entre las tasas de prevalencia de lactancia materna exclusiva y mixta de los niños nacidos en 2014 y los niños nacidos en 2018.



GRÁFICA 2: Muestra el porcentaje comparativo de lactancia materna exclusiva y mixta entre los niños nacidos en 2014 y los nacidos en 2018; observándose porcentajes más elevados en los últimos tres meses, es decir, a los seis, nueve y doce meses.

DISCUSIÓN

Hoy en día no hay ninguna duda de que la leche materna es el mejor alimento para el bebé por la innumerable cantidad de nutrientes y beneficios que aporta. La lactancia materna no es solo la administración de un alimento completo nutricionalmente, sino que también fomenta el vínculo entre la madre y el hijo.

Organismos internacionales como la OMS y UNICEF, han creado una estrategia global para la alimentación de bebés y niños donde manifiestan que: “los infantes deben ser alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para alcanzar un crecimiento, desarrollo y una salud óptima”. Luego, iniciar lentamente con la introducción de alimentos sólidos, a la vez que se continúa con lactancia materna hasta los dos años o más ⁽¹⁶⁾.

Podemos observar que los resultados de los estudios epidemiológicos mencionados anteriormente reflejan bajas tasas de LM sobretodo al año de vida y se considera un problema de salud pública, por lo que todavía queda mucho por hacer para alcanzar los objetivos de los organismos internacionales. Para eso, considero importante mejorar la educación de las madres acerca de la importancia de dar lactancia materna y sus beneficios, y seguir apoyando a esos programas de promoción de la LM.

Hay evidencia suficiente que demuestra que los bebés que no son alimentados con lactancia materna exclusiva al nacer, tienen mayor riesgo de padecer ciertas enfermedades a corto y a largo plazo, al igual que las madres.

A continuación, observaremos algunos estudios que se han llevado a cabo para promocionar y mantener la lactancia materna, y veremos que la mayoría de ellos no muestran tasas de prevalencia tan altas como las de nosotros.

Se realizó un estudio en Australia entre 2004 y 2005; la prevalencia al primer mes fue del 87,8%, al sexto mes fue de 50,4% y al año de 23,3%. Sin embargo, en el 2011 aumentó la prevalencia de lactancia materna al año de vida a un 30% luego de dar de baja a las madres que trabajaban. En este estudio se concluyó que en Australia solo el 15%-18% de los bebés son alimentados con LME hasta los seis meses, que uno de cada tres niños no recibe lactancia materna, y que solo el 60% de los bebés siguen con lactancia materna a los seis meses ⁽¹⁶⁾.

Por otro lado, se realizó un estudio en Estados Unidos en 2014; la prevalencia de lactancia materna justo al nacer es bastante alta ya que es mayor al 80%, sin embargo a los seis meses es de 55,3% y a los doce meses solo del 33,7% ⁽¹⁷⁾.

A nivel local se realizó un estudio entre 2007 y 2008 en Aragón llamado PALMA para valorar la eficacia de un programa para la promoción de la lactancia materna desde el área de Atención Primaria del Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca, en donde se recogieron los datos más actualizados. Esos datos de prevalencia de LM se situaban en 84,1% al mes, en 42,9% a los 6 meses y en 20% al año de vida ⁽¹⁸⁾.

El programa de intervención buscaba promocionar la lactancia materna como el mejor alimento para el RN, a la vez que intentaba mejorar las tasas de prevalencia materna en el CS. El estudio fue realizado por un grupo multidisciplinar de pediatras, enfermeras y matrona.

La principal herramienta de este estudio fue conseguir una atención más cercana y constante hacia las madres para poder lograr ese seguimiento completo de la lactancia desde los pocos días de vida del RN. Se elaboró un plan de actuación con un protocolo en donde se citaba a las madres a los pocos días del parto principalmente para brindar el apoyo emocional que tan necesario es en esos primeros días, para valorar objetivamente una toma de LM y poder detectar cualquier problema en caso de que lo hubiera (grietas, mal agarre, etc.), y resolver dudas con respecto al tema; y luego esas citas eran cada mes conforme iba pasando el tiempo.

En los meses donde más tasa de abandono de LM había, se volvía a citar a las madres varias veces seguidas para educarlas respecto a los métodos de extracción de leche materna, y sobre la conservación y manipulación del alimento.

El objetivo era mejorar las tasas de prevalencia de la LM al mismo tiempo que se evaluaba la efectividad de dicho programa comparado con años anteriores donde no se trabajaba con las madres de esta forma tan cercana. Gracias a este programa, quedó demostrada la eficacia de dicha intervención porque se obtuvo un aumento en las cifras de lactancia materna, pasando las prevalencias del 84,1% al 84,7% el primer mes, del 42,9% al 60,4% a los seis meses y del 20% al 28% al año. Incluso se lograron mayores cifras que a nivel nacional ⁽¹⁸⁾.

En el 2014 en el TFG de Inés Jarque Casabón ⁽¹⁹⁾, se evaluó la eficacia de ese programa multidisciplinar de intervención, para saber si las tasas de prevalencia de LM habían aumentado o disminuido respecto a las prevalencias de lactancia obtenidas en el PALMA (2007-2008). Se constató la eficacia de dicho programa de promoción de la lactancia materna, obteniéndose aumento de las cifras de prevalencia de LM al primer mes de 86,2%, a los seis meses 60,7%, y demostrándose un aumento significativo a los doce meses de 28%, a 41,4%.

El principal objetivo de este TFG ha sido seguir valorando la eficacia de este programa de intervención implantado en el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca desde el 2008.

Ha sido una labor de varios meses donde mi trabajo se ha enfocado en conseguir información sobre la LM y la LME de cada niño/a que ha sido controlado en este CS desde su nacimiento durante el año 2018. En este TFG, como el realizado en el 2014 por Inés Jarque, se ha demostrado la mejoría constante en relación con las tasas de prevalencia de lactancia materna, tanto mixta como exclusiva. Las cifras de lactancia materna exclusiva del 2014 al 2018 han incrementado y se ha logrado obtener un aumento significativo en los últimos meses, ya que en el sexto mes pasó de 32,4% a 44,5%; en el noveno mes de 5,5% a 37,2%; y al año de vida de 0,7% a 29,09%.

Este programa multidisciplinar que es realizado por las matronas, enfermeras de pediatría y los pediatras del CS Perpetuo Socorro de Huesca, ha conseguido inculcar a las madres la realidad del beneficio infinito de la lactancia materna de alimentación del RN. Demostrando que un trabajo multidisciplinar, con una captación precoz del recién nacido, ilusión, y cariño, pueden conseguir incrementar la lactancia materna exclusiva y mixta con una de las mejores tasas a nivel nacional.

CONCLUSIONES

- Se concluye principalmente que el programa de intervención implantado en el 2008 para valorar la prevalencia de lactancia materna ha sido efectivo, con un aumento de las tasas desde el 2008 hasta el 2018.
- En las cifras de lactancia materna del 2018, vemos pequeños incrementos al alta del hospital, de 90,3% a 93,6%; a los 15 días de 89,6% a 91,8%; al mes de 86,2% a 87,2%; y a los dos meses de vida de 82,7% a 83,6% con respecto al 2014.
- Se observan aumentos muy significativos en las cifras de lactancia materna exclusiva en el sexto mes pasó de 32,4% a 44,5%; en el noveno mes de 5,5% a 37,2%; y al año de vida de 0,7% a 29,09% en cuanto al 2014.
- El desarrollo de este estudio ha conseguido satisfacer a los profesionales del centro de salud al ver ligeros aumentos en algunos meses, y aumentos significativos en otros; al igual que al haber visto que continúa siendo efectivo el programa de intervención que fue implantado hace tantos años.
- Hemos alcanzado las mejores cifras de prevalencia de lactancia materna a nivel nacional, ya que hemos obtenido mejores porcentajes que muchos de los programas de intervención que han sido creados a lo largo de estos años. Por lo tanto, las intervenciones para apoyar la lactancia materna en atención primaria tienen un efecto positivo en las cifras de LM y en su duración.
- Por último, viendo los resultados favorables del trabajo, se entiende que es necesario un equipo multidisciplinar para poder llevar a cabo una intervención así, ya que el papel de cada uno de los profesionales es fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(1):32–43. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-lactancia-materna-factores-asociados-articulo-S1695403317303144?referer=buscador>
2. M^a Pilar Collado Hernández. Eficacia de un programa para la promoción de la lactancia materna desde atención primaria. Definición de lactancia materna y sus modalidades. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, 2012.
3. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña Peinado F, de Luna Bertos E, García-Martínez O. Prevalence of the early onset of maternal breastfeeding. *Nutr Hosp*. 2019;36(4):786–91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112019000400007
4. Epidemiología de la lactancia materna en Aragón - Repositorio Institucional de Documentos. Unizar.es. 2011. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/56345?ln=es>
5. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España): factores sociosanitarios que la condicionan. *Pediatr aten primaria*. 2015;17(65):17–26. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000100004
6. Gamboa EH. Genealogía histórica de la lactancia materna. *Enferm actual Costa Rica*. 2008;(15):1. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>
7. García-López, Roxanna. Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica de México*. 2011;32(4):223-230. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/4236/423640330006.pdf>
8. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M, Hermoso Rodríguez E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. *Nutr Hosp*. 2014;31(2):606–20. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n2/10revision09.pdf>
9. Lactancia Materna como factor protector de la obesidad infantil y en edades futuras. Disponible en: <https://digital.csic.es/bitstream/10261/158348/1/TFGtamara.pdf>
10. Andrea María Valdez Aguilar. Estudio comparativo entre lactantes en plan canguro alimentados con lactancia materna versus fórmula artificial. Universidad de San Carlos de

- Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas: Escuela de estudios de post grado. Enero 2015. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/post/2015/308.pdf>
11. Manuel Hernández Rodríguez. Revista Española de Pediatría; Clínica e Investigación. Julio y Agosto 2017. Disponible en: <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2017/REP-73-4.pdf>
 12. Asociación Española de Pediatría C de LM. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia materna en España y en otros países. Aeped.es. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
 13. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr 1999; 50: 333-340.
 14. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus. JAMA 2001; 285: 413-420.
 15. Nutrición Hospitalaria - Arán Ediciones, S.L. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. Nutricionhospitalaria.org. Disponible en: <https://www.nutricionhospitalaria.org/articles/03329/show>.
 16. Julie S, Adriano C, Alessadro I, Sara J, Marjorie A, Karleen G, et al. Review of effective strategies to promote breastfeeding. 2018. Disponible en: <https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/Review-of-effective-strategies-to-promote-breastfeeding.pdf>.
 17. Cynthia F, Rachel PW, Alison S, Catherine A, Colin O, Meera V. RTI International-University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center Research Triangle Park, NC. Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. July 2018. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525106/pdf/Bookshelf_NBK525106.pdf.
 18. M^a Pilar Collado Hernández. Eficacia de un programa para la promoción de la lactancia materna desde atención primaria. Resultados. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, 2012.
 19. Inés Jarque Casabón. TFG. Valoración de la eficacia de un programa para la promoción de la Lactancia Materna desarrollado en Atención Primaria durante 6 años. Junio 2016.