

Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA

G. Rodríguez Martínez¹⁻³, J. Fuertes Fernández-Espinar⁴, M.P. Samper Villagrasa¹, P. Broto Coscolluela⁴, M.P. Collado Hernández², M.F. Sebastián Bonel⁴, C. Pardos Martínez⁴, A.B. Solanas Galindo⁴

¹Departamento de Pediatría, Radiología y Medicina Física. Universidad de Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Zaragoza. ³Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. ⁴Centro de Salud «Perpetuo Socorro». Huesca

Resumen

La lactancia materna (LM) es la mejor forma de alimentar al recién nacido y al lactante, ya que confiere una serie de beneficios tanto a corto como a largo plazo. Según recomienda la Organización Mundial de la Salud, la LM debe mantenerse durante los primeros 6 meses como alimento exclusivo, y a partir de este momento junto con la alimentación complementaria, mientras la madre y el niño deseen. Según los datos disponibles, el tiempo medio de mantenimiento de la LM en nuestro entorno no supera los 3-5 meses, el abandono precoz durante el primer mes de vida ocurre en un 30% de los casos y sólo en un 10-20% se mantiene a los 6 meses. Se revisan los factores de riesgo para la instauración y el mantenimiento de la LM, los momentos clave para la promoción de la LM desde las instituciones sanitarias y el tipo de medidas que son más efectivas. Asimismo, se presenta el Proyecto PALMA, que pretende evaluar la efectividad de un programa de intervención de apoyo multidisciplinario a la LM desde atención primaria en un grupo de lactantes frente a un grupo control.

Palabras clave

Lactancia materna, intervención, promoción, prevalencia

Abstract

Title: Intervention programs to promote breastfeeding: the PALMA project

Breastfeeding is the best way to feed infants as the properties of breast milk confer many short and longer-term benefits. As recommended by the World Health Organization, exclusive breastfeeding should continue throughout the first 6 months of life and, after this time, be accompanied by complementary feeding for as long as the mother and infant want. Data from our general population show that the mean duration of breastfeeding does not exceed 3-5 months, early cessation during the first month occurs in 30% of cases and only 10%-20% of the mother-infant dyads maintain it up to 6 months. We review the risk factors for the initiation and continuation of breastfeeding, the best moments to promote breastfeeding on the part of health institutions and the most effective actions. At the same time, we present the PALMA project, the purpose of which is to evaluate the effectiveness of a multidisciplinary intervention program to promote breastfeeding at the primary care level, comparing a group of infants with a control group.

Keywords

Breastfeeding, intervention, promotion, prevalence

Importancia de la promoción de la lactancia materna

La lactancia materna (LM) es la forma más saludable de alimentar al niño durante el periodo de la vida llamado precisamente «lactancia». La LM significa algo más que la simple administración de un alimento nutricionalmente adecuado, ya que mantiene el vínculo madre-hijo, iniciado durante el periodo intrauterino, y aporta gran número de elementos no nutritivos funcionales que provienen de la madre. Sin ninguna duda, la leche humana es el alimento ideal para el niño recién nacido y el lactante¹⁻³. Las cualidades de la LM pueden resumirse, a grandes rasgos, en los siguientes puntos, dejando constancia de que cada apartado podría a su vez desarrollarse ampliamente:

- Nutrición óptima y específica del lactante.

- Riqueza en factores de defensa e inmunomodulación homogéneos.
- Existencia de factores de crecimiento y hormonas.
- Presencia de gran número de elementos funcionales, enzimas y citocinas.
- Alimento cómodo, económico, práctico, sano, higiénico, portátil, listo para tomar en cualquier lugar y situación.

Las cualidades de la LM confieren una serie de beneficios para la salud, tanto a corto como a largo plazo, que ya han sido ampliamente contrastados en la bibliografía médica^{1,2} y quedan sintetizados en los siguientes apartados, en los que también cabrían numerosas puntualizaciones:

- Crecimiento, desarrollo y maduración óptimos del recién nacido y el lactante.

- Adecuación nutricional y biológica de la leche humana en cada momento evolutivo, con modificaciones en su composición según los requerimientos.
- Función fisiológica óptima, tanto digestiva como metabólica.
- Prevención de enfermedades o alteraciones que pueden aparecer en el neonato y el lactante: alergia, estreñimiento o ciertas afecciones del tracto intestinal, como los cólicos del lactante.
- Influencia sobre enfermedades crónicas típicas del adulto que pueden originarse o «programarse» ya en las primeras etapas de la vida: alergia, enfermedades autoinmunes, obesidad, síndrome metabólico (dislipemias, hipertensión arterial, hiperinsulinismo, alteración del metabolismo hidrocarbonado).
- Fomento del vínculo físico y emocional entre la madre y el recién nacido, manteniendo el que ya existía intraútero.

Uno de los beneficios que proporciona el mantenimiento de una LM prolongada, de interés creciente en la actualidad pediátrica, es la disminución de la prevalencia de obesidad en etapas posteriores de la vida y de sus complicaciones asociadas. El tiempo de amamantamiento se asocia inversamente con el riesgo de aparición de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; cuanto más prolongada ha sido la LM, mayor es el efecto protector frente a la obesidad a largo plazo^{4,5}. En una revisión realizada por Arenz et al.⁴, la *odds ratio* para la LM como factor de riesgo en la aparición de obesidad infantil fue de 0,78 (intervalo de confianza del 95%: 0,71-0,85). Se cree que los factores que explican las asociaciones entre alimentación al seno materno y la variabilidad de la composición corporal en etapas posteriores de la vida podrían estar en relación con la hipótesis de la «programación metabólica». Este hipotético fenómeno se desarrolla durante las primeras etapas de la vida en respuesta a un entorno nutricional determinado. La causa de la «programación metabólica» y la posterior tendencia hacia el sobrepeso de los lactados con fórmula podría deberse al exceso de energía y de proteína en este tipo de leche en comparación con la leche humana.

Duración de la lactancia materna en nuestro medio

Según recomiendan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los diferentes comités de expertos, la alimentación con LM debe mantenerse de forma exclusiva, sin añadir otro tipo de alimento, durante los primeros 6 meses de la vida y siempre que el estado nutricional sea satisfactorio^{1,2}. A partir de los 6 meses, deberán introducirse paulatinamente el resto de los alimentos aconsejados para esta edad (alimentación complementaria), continuando con la LM durante todo el tiempo que la madre y el niño deseen. La OMS y la UNICEF marcaron como objetivo para el año 2005 que al menos un 50% de las madres amamantasen a sus hijos durante los 6 primeros meses de vida. Respecto al momento de finalización, si no hay inconveniente y la dieta es adecuada globalmente, la OMS y la UNICEF

recomiendan mantener la LM hasta los 2 años¹⁻³. En esta misma línea, la Academia Americana de Pediatría aconseja continuar con la LM al menos durante todo el primer año de vida del niño.

En nuestro medio, paradójicamente, el tiempo de duración de la LM es demasiado bajo a pesar de las evidencias sobre sus beneficios, las recomendaciones institucionales y los esfuerzos por parte del personal que trabaja en los servicios de salud. El tiempo medio actual de mantenimiento de la LM en nuestro entorno no supera los 3-5 meses⁶⁻¹⁴. Los resultados de los estudios epidemiológicos reflejan el largo camino que aún queda por recorrer hasta alcanzar los objetivos poblacionales planificados según las recomendaciones nacionales e internacionales.

Actualmente, la información sobre LM llega a la madre desde diferentes ámbitos:

- Durante los programas de preparación del parto.
- En las revisiones obstétricas durante la gestación.
- Tras el parto, en los propios hospitales, con consejos y medidas prácticas que favorezcan su puesta en marcha. En algunos hospitales, la promoción de la LM se realiza mediante un acondicionamiento físico del entorno y unas actitudes por parte del personal englobadas bajo modelos tan conocidos como «Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños» o «Los Diez Pasos de la OMS y la UNICEF para fomentar la lactancia materna»³.
- En las revisiones de puericultura realizadas por parte del personal de pediatría en los centros de atención primaria, resolviendo los problemas que puedan surgir de manera individualizada.
- Desde la propia familia y amistades como «herencia cultural» condicionada por costumbres, experiencias personales y conocimientos populares.
- Grupos e instituciones de apoyo a la LM con madres voluntarias expertas que brindan sus consejos en reuniones o telefónicamente.
- Prensa, libros de divulgación, páginas web y/o foros en internet.

Por el momento, aunque en algunas zonas de nuestro país parece que ha mejorado la prevalencia de la LM, las medidas descritas y la información disponible no son suficientes todavía para lograr los objetivos planificados.

El abandono precoz de la LM durante en el primer mes de vida del lactante ocurre hasta en una tercera parte de los casos⁶⁻¹⁴, lo que refleja las dificultades sociales, culturales y educacionales que impiden la instauración y el mantenimiento de la LM. Muchas veces el cese de la LM o la no iniciación de ésta se producen por la existencia de dudas o problemas no solventados durante los primeros días tras el parto. En numerosas ocasiones, ante las adversidades y bajo su propia responsabilidad, los padres ofrecen a sus recién nacidos leche de fórmula pretendiendo asegurar su soporte nutricional. El posparto es un momento delicado y confuso en el que confluyen una serie de factores que condicionan el fracaso del inicio de

la LM: a) inseguridad e inexperiencia de los padres; b) bajo estado anímico de la madre y depresión posparto; c) información excesiva pero contradictoria, por parte de los familiares y del personal sanitario, que no resuelve adecuadamente las dudas, y d) tendencia actual a dar el alta hospitalaria a las madres muy precozmente tras el parto, separándolas del personal sanitario de apoyo cuando aún no se ha instaurado la lactancia adecuadamente.

Otro momento crítico de abandono de la lactancia materna es el periodo entre los 3 y los 6 meses⁶⁻¹⁴, coincidiendo con la reincorporación de la madre al trabajo y la aparición de ciertos cambios en los hábitos de alimentación del propio lactante. En dicho periodo, los niños emplean menos tiempo para la succión al extraer la leche con más eficacia. Por otro lado, se despistan con lo que ocurre a su alrededor, optando por tomar un receso y volver a succionar más tarde. Además, en las madres, aparece el estrés de la vuelta al trabajo, el pecho no es estimulado durante el horario laboral y la introducción de la alimentación complementaria disminuye la avidez por el seno materno si se ofrecen primero otros alimentos. En conjunto, todos estos factores son los que provocan una disminución en la cantidad de secreción láctea y/o una inadecuada práctica de la LM que conducen al abandono progresivo de ésta.

Según los datos actualmente disponibles en España, como término medio un 50% de los niños ya no toma LM a los 3 meses de vida, y sólo un 10-20%, o incluso menos, sigue con LM a los 6 meses⁶⁻¹⁴. En un estudio realizado recientemente en el área de salud de Alcañiz (Teruel)¹², los motivos más importantes que alegaron las madres para dejar de lactar fueron la aparición de hipogalactia (32%), la sensación de hambre por parte del niño (24,5%), la decisión familiar (21,4%) y las causas laborales o la introducción de la alimentación complementaria (18,4%). Tras varios años de promoción de la LM bajo la «Iniciativa del Hospital Amigo de los Niños», en este mismo trabajo se muestran unos buenos resultados, ya que la tasa de abandono a los 15 días es del 6,1%, al cabo de un mes del 10,2%, a los 3 meses del 31,6%, a los 6 meses del 58,2% y a los 12 meses del 87,8%; la LM se mantenía en un 12,2% de los niños de más de un año de vida. Sin embargo, y como ejemplo contrario, en otro estudio realizado en lactantes cordobeses, que quizá sea más representativo de lo que ocurre realmente en la población española, se muestra que sólo un 56% mantenía de forma exclusiva la LM al cabo de un mes de vida, un 22% a los 4 meses, y un 9% a los 6 meses¹³.

Se han estudiado los diversos factores socioculturales que influyen sobre la prevalencia de la LM aunque, a veces, el efecto es contrario según el lugar de origen de la muestra. En general, los factores que se asocian positivamente con el establecimiento y el mantenimiento de la LM son: mayor edad materna, buen nivel de estudios materno, haber tomado una decisión sólida previamente al parto, educación materna y ambiente favorable hospitalario para el inicio de la lactancia, contar con apoyo familiar e institucional, parto eutócico y a término^{6,15-17}. Por otro lado, los factores que no favorecen la

instauración y la continuidad de la LM son: factores de riesgo psicosocial y adolescencia de la madre, incorporación de la madre al trabajo, prácticas hospitalaria erróneas, ofrecimiento de biberones precozmente, parto mediante cesárea, enfermedad materna o neonatal, prematuridad y bajo peso al nacer^{6,15-17}. Una vez que la madre ha tomado la decisión de lactar al pecho, situación que ocurre en la gran mayoría de ellas, los diferentes factores sociales y educacionales son los que influyen en el mantenimiento de la LM.

Intervención para la promoción de la lactancia materna: proyecto PALMA

Tras el apartado anterior, cabe deducir que los objetivos de las campañas de intervención poblacional para la promoción de la LM deberán focalizarse en la evaluación particular de cada uno de los factores, en la prevención de los que sean de riesgo y en la potenciación de los que actúen positivamente, haciendo uso de técnicas educacionales y de apoyo para el fomento de la LM.

Si se analizan las intervenciones que se han llevado a cabo para la promoción del inicio y el mantenimiento de la LM, aunque hay bastantes estudios con un diseño inapropiado y resultados poco consistentes, se dispone de suficientes evidencias para asegurar que los programas educacionales son efectivos incluso para mujeres de clases sociales desfavorecidas^{18,19}. En general, los programas educacionales pre/posparto son efectivos, aunque simplemente consistan en una intervención única; sin embargo, la administración de información escrita en forma de panfletos no mejora la prevalencia de la LM^{20,21}. Las intervenciones aisladas en las maternidades no suelen ser suficientes para mejorar la técnica, aumentar las tasas de LM exclusiva o reducir la incidencia de problemas derivados del propio amamantamiento, por lo que resultan más beneficiosos los programas conjuntos de apoyo posparto en el propio hospital y, posteriormente, las visitas precoces tras la hospitalización en los servicios de atención primaria o en el propio domicilio²²⁻²⁶.

Un ejemplo de este último tipo de intervención, consistente en 1-3 visitas a domicilio en las primeras 5 semanas posparto, obtuvo un 14% menos de interrupciones de la LM a la edad de 6 meses frente a un grupo control²⁵. Otro programa cuya intervención consistió en 2 visitas prenatales, una en el posparto inmediato y varias visitas o llamadas de teléfono mensuales, consiguió que en el grupo de intervención se alcanzara un porcentaje más alto de LM frente al control a las 20 semanas de vida (el 53 frente al 39,3%) y mantuviera las diferencias incluso hasta los 12 meses (el 18 frente al 15%, respectivamente)²⁶.

En muchos lugares de España no se dispone de datos epidemiológicos completos y actualizados sobre la LM: duración de ésta en alguna de sus modalidades, porcentaje de madres que la mantienen de forma exclusiva hasta los 6 meses, cau-

sas de su abandono, importancia de los factores de riesgo socioculturales y sanitarios, cambios epidemiológicos en los grupos de inmigrantes, etc. El personal de pediatría, ante la evidencia de los beneficios de la LM y adoptando las recomendaciones institucionales, intentan fomentar el inicio y el mantenimiento de la lactancia con los conocimientos y la experiencia que poseen, solucionando los problemas de amamantamiento e informando a las madres en cada una de las visitas de puericultura. Sin embargo, hacen falta trabajos con un diseño científico correcto que evalúen, en una muestra significativa, los efectos de un determinado programa de intervención para la promoción de la LM en diferentes grupos poblacionales.

En relación con lo expuesto, el Proyecto PALMA (Promoción de la Alimentación con Lactancia Materna desde Atención Primaria) pretende instaurar y evaluar la efectividad de un programa de intervención de apoyo multidisciplinario a la LM, desde atención primaria, en los momentos clave en que se produce más tasa de abandono (4-5 días de vida y tercer-cuarto mes). El programa es complementario al resto de información que las madres ya han recibido durante el embarazo y durante su estancia en el hospital de referencia. Para su desarrollo, se programan visitas extraordinarias respecto a las que ya se hacían en el seguimiento estándar del lactante sano, y en ellas participa conjuntamente matronas, personal de enfermería de pediatría y pediatras.

El Proyecto PALMA comenzó en enero de 2007 y otorga apoyo educacional y asistencial a las familias de los recién nacidos que acuden a su centro de atención primaria durante un año natural (Centro de Salud «Perpetuo Socorro», de Huesca). Los resultados se compararán con los de un grupo control, de similares características y tamaño de la muestra, compuesto por los nacidos durante los años anteriores a la instauración del programa de intervención que recibieron seguimiento de puericultura en ese mismo centro. La recogida de los datos sobre la LM se realizará en ambos grupos bajo las mismas condiciones para minimizar los sesgos. Este proyecto educacional está diseñado como un programa sensible a diferentes culturas, marco social, sexo y edad, sin olvidar a los grupos sociales más vulnerables.

En el Proyecto PALMA se analizarán todos los factores sociales, maternos y de la propia historia del niño que puedan relacionarse con la instauración, el mantenimiento y/o el abandono de la LM, así como la efectividad del programa de intervención sobre la LM y sus factores condicionantes. Los resultados obtenidos servirán para evaluar la repercusión de una acción con fines preventivos sobre la salud de la comunidad. El programa es relativamente sencillo y fácil de desarrollar desde el ámbito de la pediatría de atención primaria. Además, si los resultados son positivos, la metodología y el diseño empleados podrán ser extrapolados a otras áreas de salud. Cabe esperar que las conclusiones de este estudio y de otros con objetivos similares ayuden a mejorar la prevalencia de la LM en nuestro medio.

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido realizado gracias a la financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS MD07/00045), Instituto de Salud Carlos III, del Ministerio de Sanidad y Consumo. ■■■

Bibliografía

1. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55 Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002.
2. Arena J. La lactancia materna en la «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño». *An Esp Pediatr.* 2003; 58: 208-210.
3. OMS/UNICEF. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS/UNICEF, 1998.
4. 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: 1.247-1.256.
5. Moreno LA, Rodríguez G. Dietary risk factors for development of childhood obesity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007; 10: 336-341.
6. Hernández MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: *Lactancia materna: guía para profesionales.* Comité de la Lactancia Materna de la AEP. Monografías de la AEP n.º 5. Madrid: Ergón, 2004.
7. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de la Lactancia AEP. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63: 340-356.
8. Hostalog AM, Sorní A, Jovaní L, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr.* 2001; 54: 297-302.
9. Labordena C, Nacher A, Sanantonio F, Barreda I, Palau G, Palomares MJ, et al. Centros de Atención primaria y lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2001; 55: 225-229.
10. Jovani L, Gutiérrez P, Aguilar C, Navarro R, Mayor I, Jornet Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 57: 534-539.
11. Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra F. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-150.
12. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz ¿Merece la pena poner en practica los diez pasos de la iniciativa hospital amigo de los niños en un hospital comarcal? *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2006; 36: 20-26.
13. González M, Toledano J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65: 123-125.
14. Rodicio MM, Abadi A, Silveira M, Rodríguez MJ, Andrés A, Vázquez M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65: 6-11.
15. Suarez P, Alonso J, López A, Martín D, Martínez M. Prevalence and duration of breastfeeding in Asturias. *Gac Sanit.* 2001; 15: 104-110.
16. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of

- the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003; 94: 300-305.
17. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005; 116: 702-708.
 18. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18: CD001688.
 19. Renfrew MJ, Spiby H, D'Souza L, Wallace LM, Dyson L, McCormick F. Rethinking research in breast-feeding: a critique of the evidence base identified in a systematic review of interventions to promote and support breast-feeding. *Public Health Nutr*. 2007; 10: 726-732.
 20. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*. 2003; 1: 70-80.
 21. Cebrián A, Díez-Domingo J, Albert A, Ballester A, Gamón F. Evaluación de un programa de intervención para incrementar el inicio y la duración de la lactancia materna en un centro de salud. *Acta Paediatr Esp*. 2006; 64: 111-114.
 22. Oliveira LD, Giugliani E, Espíritu Santo L, et al. Effect of intervention to improve breastfeeding technique on the frequency of exclusive breastfeeding and lactation-related problems. *J Hum Lact*. 2006; 22: 315-321.
 23. Coutinho SB, De Lira PI, De Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. 2005; 366: 1.094-1.100.
 24. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*. 2005; 115: 139-146.
 25. Kronborg H, Vaeth M, Olsen J, Iversen L, Harder I. Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial. *Acta Paediatr*. 2007; 96: 1.064-1.070.
 26. Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. Randomized, controlled trial of prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*. 2005; 116: 1.413-1.426.