

A LACTACIÓN MATERNA EN GALICIA NO ANO 2016

Introdución. A Organización Mundial da Saúde (OMS) define lactación materna (LM) como “o acto natural de alimentación dos nados a través do leite materno”¹. Este organismo internacional destaca a importancia que ten a LM e describe unha serie de vantaxes a curto e a longo prazo tanto para a nai como para o cativo. Estas vantaxes fanse máis evidentes en países en vías de desenvolvemento onde o abandono prematuro da LM relaciónase coa desnutrición, padecemento de enfermidades infecciosas, crónicas e coa mortalidade infantil². Diversos organismos recomendan que a duración da lactación materna exclusiva (LME) abarque os primeiros 6 meses de vida, prolongándose ata os 2 anos tras o inicio da alimentación complementaria³.

Na década dos 80 do século pasado comezou a promoción da LM co Código Internacional para a Comercialización de Sucedáneos do Leite Materno, onde se busca protexer e potenciar o amamentamento⁴. Dende entón nas políticas de saúde europeas márcase como obxectivo prioritario a promoción da LM. Neste eido destacan a declaración de Innocenti⁵ ou a “Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación”. A pesar disto, un estudo levado a cabo nos estados membros da rexión europea da OMS estimou que, no ano 2013, a prevalencia de LME aos 6 meses de vida variaba moito entre países⁶. Entre os países europeos con prevalencias máis altas atópanse Eslovaquia (49%), Hungría (44%) ou Portugal (34%), seguido de España cunha prevalencia do 29%. No outro extremo estaban Grecia, Reino Unido e Finlandia con prevalencias próximas ao 1%. Na Comunidade Autónoma de Galicia dispónse de estimacións puntuais obtidas a partir de estudos de ámbito hospitalario, que permiten coñecer a prevalencia de LME no Val Miñor⁷ (Nigrán, Panxón, Baiona e Gondomar), na área sanitaria de Vigo⁸ e no norte de Lugo (Área do Hospital da Costa)⁹; se ben ata o de agora non se dispón de estimacións para toda Galicia.

Os obxectivos do presente estudo son estimar a prevalencia da LM en Galicia e identificar os factores asociados ao seu inicio e mantemento aos 6 meses.

Datos e métodos. No marco do Sistema de Información sobre Condutas de Risco para a saúde (SICRI) realizouse en 2016 un estudo transversal cuxa poboación obxectivo foron as mulleres de 18 ou máis anos de idade, residentes en Galicia, que deron a luz a un fillo vivo entre o 1 de setembro de 2015 e o 31 de agosto de 2016. A mostra seleccionouse, mediante mostraxe aleatoria estratificada por grupos de idade (18-24, 25-29, 30-34, 35-39 e 40 ou máis), a partir do rexistro do Programa de detección precoz de enfermidades endocrinas e metabólicas do período neonatal. O tamaño de mostra (6.777 en total) calculouse de maneira independente para cada estrato de idade, considerando unha prevalencia esperada do 50% e un erro inferior ao 2%. A recollida de información realizouse mediante entrevista telefónica asistida por ordenador (sistema CATI). O cuestionario incluíu preguntas sobre comportamentos, actitudes e experiencias das mulleres referidas aos 6 meses anteriores a saber que estaban embarazadas, ao embarazo, ao parto e ao momento da enquisa que se realizou entre 3 e 16 meses despois de dar a luz.

A análise dos factores condicionantes asociados ao inicio e ao mantemento da LM aos 6 meses realizouse de forma diferenciada, xa que os determinantes dun fenómeno ou doutro poderían ser distintos.

Como posibles factores asociados ao comezo da LM e ao mantemento aos 6 meses valoráronse características tanto sociodemográficas como relacionadas cos estilos de vida da nai; ademais da súa relación co sistema sanitario entendido como a asistencia a clases de preparación ao parto, o tipo de hospital no que se produciu o parto (público vs privado) ou as recomendacións de LM de matronas e outros profesionais sanitarios durante a estancia no hospital ou nas revisións de saúde do neno/a; variables obstétricas como a paridade ou tipo de parto (vaxinal vs cesárea); ademais, obtívose diferente información sobre o neonato, como por exemplo o seu estado de saúde ao nacer ou uso do chupete na 1ª semana e no primeiro mes.

Análise estatística. A prevalencia de inicio de lactación calculouse como a porcentaxe de nais que iniciaron a LM; e a prevalencia de mantemento aos 6 meses fai referencia a porcentaxe de nais que continúan dando lactación aos 6 meses, entre aquelas que iniciaron a lactación e cuxos fillos teñen 6 meses ou máis no

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

momento da enquisa. Para identificar os factores asociados ao comezo e mantemento da LM axustáronse modelos de regresión loxística nos que se incluíron aquelas variables con $p < 0,2$ identificadas nos modelos bivariantes. As prevalencias e as OR axustadas preséntanse con intervalos de confianza do 95% (IC_{95%}). A análise realizouse coa mostra ponderada co programa Stata v14.2.

Resultados. Analízase a información achegada por 6.432 mulleres de 18 a 50 anos, das cales 5.208 iniciaron lactación e 4.382 tiñan nenos de 6 ou máis meses de idade no momento da entrevista. A taxa de resposta á enquisa foi do 78%.

As características sociodemográficas das nais recóllense na táboa 1.

Táboa 1.- Características sociodemográficas das nais: número e porcentaxe co seu intervalo de confianza do 95% (IC _{95%}).			
Característica	n	%	IC _{95%}
Grupo de idade			
18-29	1.848	21,3	21,1 - 21,5
30-34	1.747	34,1	33,8 - 34,3
35-39	1.755	34,7	34,5 - 34,9
40 e máis	1.082	9,9	9,8 - 10,0
Ámbito de residencia			
Urbano	4.081	71,0	69,9 - 72,1
Semiurbano	1.662	19,5	18,6 - 20,4
Rural	689	9,6	8,8 - 10,3
País de nacemento			
España	5.699	89,1	88,3 - 89,9
Outro país	733	10,9	10,1 - 11,7
Nivel de estudos			
Nivel básico	1.349	18,7	17,8 - 19,7
Nivel medio	2.399	37,1	35,9 - 38,4
Nivel superior	2.684	44,2	42,9 - 45,4
Situación de convivencia			
Vive en parella	6.059	94,7	94,2 - 95,3
Non vive en parella	373	5,3	4,8 - 5,9
Situación laboral ao nacer o bebé			
Non traballaba	1.938	28,2	27,1 - 29,3
Organismo público	1.068	17,0	16,1 - 18,0
Empresa privada/Conta propia	3.426	54,7	53,5 - 56,0
Primípara	6.432	57,0	55,8 - 58,3
Nº de fillos sen contar este			
Ningún	3.509	53,8	52,5 - 55,0
Un	2.412	38,4	37,2 - 39,7
Dous o máis	511	7,8	7,1 - 8,5

son de declaración obrigatoria urxente ao SAEG todos os casos de enfermidade con:
Febre > 38º C, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite.

A prevalencia de LM (exclusiva ou mixta) diminúe tras o parto. Así, ao nacemento o 81'8% (80'8-82'7) dos nenos recibiron LM, dos que o 97'2% (96'7-97'7) iniciárona no hospital. A medida que transcorren as semanas tras o parto a prevalencia diminúe (Figura 1), así ao mes era do 69'5% (68'3-70'7); aos 6 meses do 41'3% (39'9-42'7) e aos 12 meses do 23'5% (21'7-25'4). Entre as mulleres que iniciaron a lactación, o 50'4% (48'9-52'0) mantívooa durante 6 meses.

Figura 1. Prevalencia (%), cos seus intervalos de confianza do 95%, de lactación materna segundo a idade do neno. Galicia, 2016.

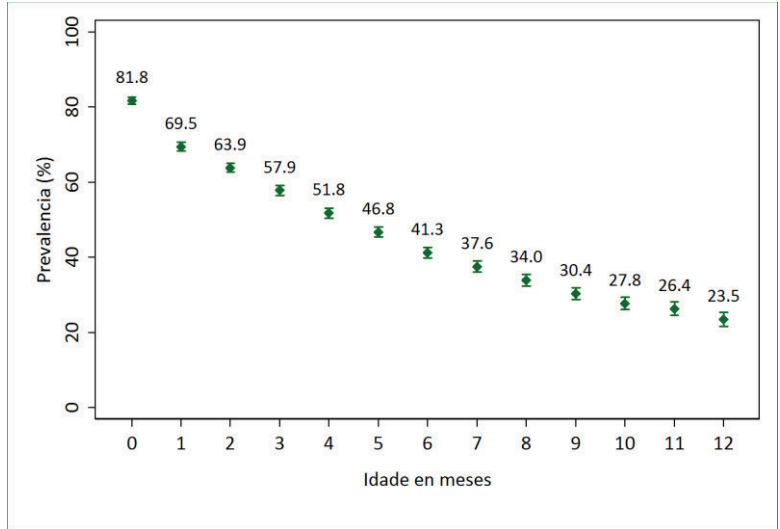


Figura 2. OR co seu IC95% dos diferentes factores considerados na análise conxunta sobre o inicio da LM, agás a opinión sobre a LM porque os seus valores tan elevados restarían nitidez aos restantes. Galicia, 2016.

Definicións:

Mala saúde embarazo: estado de saúde autopercibido como malo ou moi malo durante o embarazo.

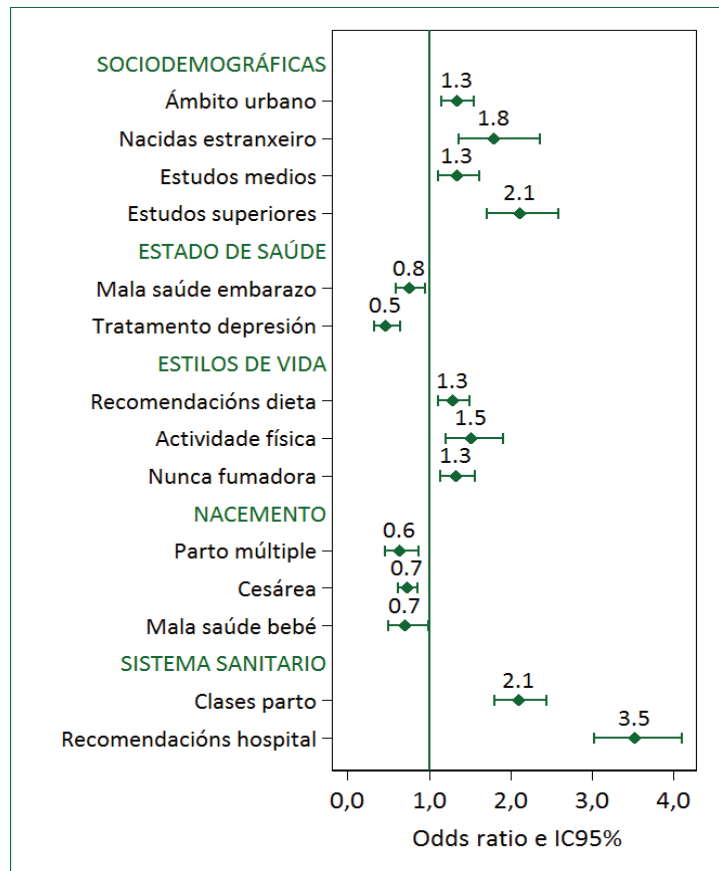
Tratamento depresión: tomaba tratamento para a depresión antes ou durante o embarazo.

Recomendacións dieta: cumpría as recomendacións de dieta antes e durante o embarazo.

Actividade física: facía exercicio físico de forma habitual antes e durante o embarazo.

Mala saúde bebé: estado de saúde do bebé ao nacer malo ou moi malo segundo a percepción da nai.

Recomendacións hospital: no hospital recomendáronlle a lactación materna

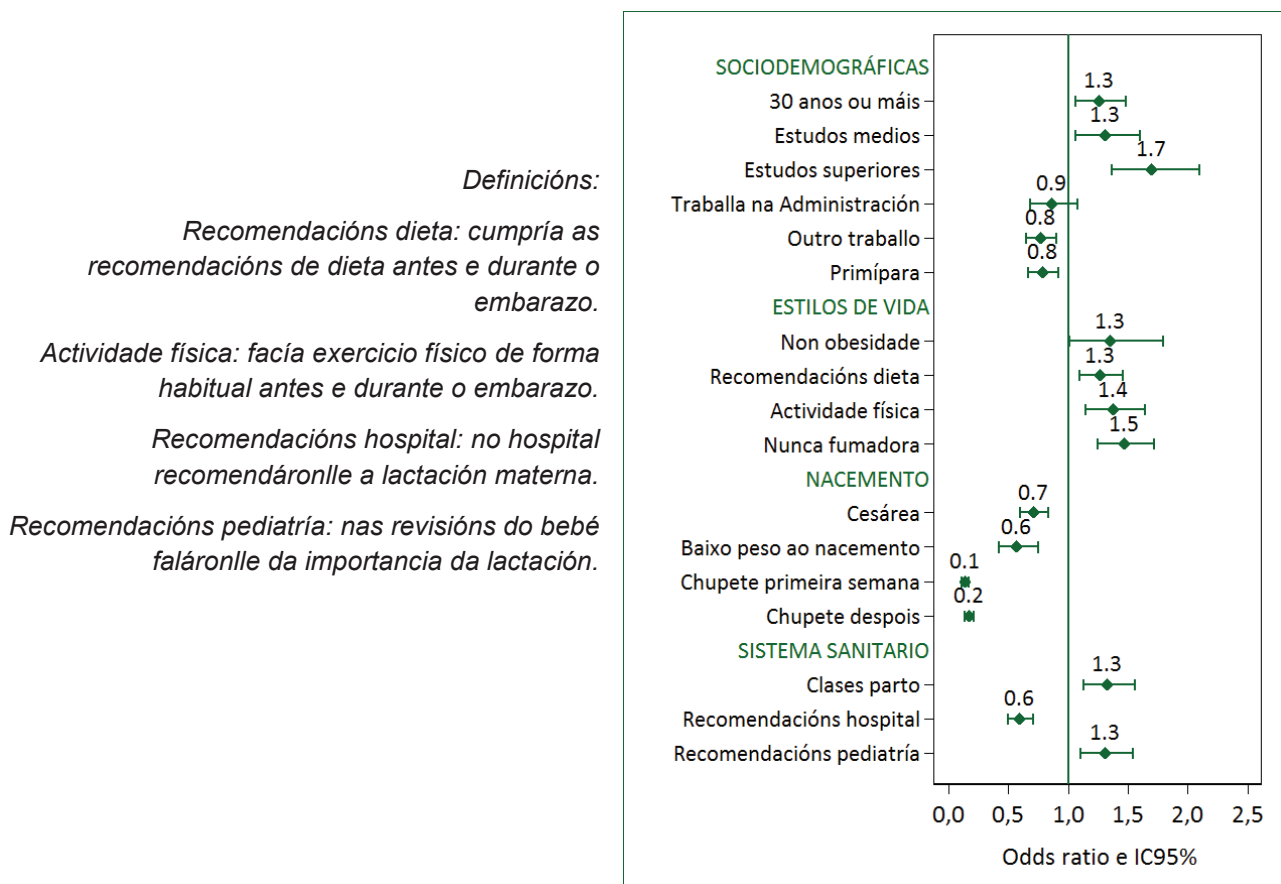


Na análise conxunta identificouse que, entre as mulleres que teñen unha opinión positiva sobre a LM a probabilidade de iniciar a lactación tras o parto foi nove veces superior que entre aquelas que non a teñen (OR=9'3; IC_{95%}: 6'9-12'7). En Galicia os factores relacionados co sistema sanitario son, despois da opinión da nai sobre a LM, os que máis inflúen no seu inicio (Figura 2). Destaca a importancia das recomendacións sobre lactación realizadas no hospital tras dar a luz (OR=3'5; IC_{95%}: 3'0-4'1) e a asistencia ás clases de preparación ao parto (OR=2'1; IC_{95%}: 1'8-2'4). Outro factor que destaca no inicio da LM é o nivel educativo da nai, xa que o feito de que esta teña estudos superiores duplica a probabilidade de que o neno reciba LM (OR=2'1; IC_{95%}: 1'7-2'6)

Do mesmo xeito que ocorre co inicio, diferentes determinantes afectan ao mantemento aos 6 meses unha vez iniciada a LM (Figura 3). Neste caso a asistencia a clases de preparación ao parto (OR=1'3; ; IC_{95%}: 1'1-1'6) e as recomendacións sobre lactación durante as revisións de saúde do neno/a (OR=1'3; ; IC_{95%}: 1'1-1'5) son factores que favorecen o seu mantemento. Pola contra, o uso do chupete durante a primeira semana ou despois diminúe a probabilidade de mantemento da LM aos 6 meses [(OR= 0'1; IC_{95%}: 0'1-0'2) e (OR=0'2; IC_{95%}: 0'1-0'2), respectivamente].

Entre as mulleres galegas ter uns hábitos de vida saudables, é dicir, cumprir coas recomendacións dietéticas, practicar exercicio físico de forma habitual e non consumir tabaco, está asociado tanto ao inicio como ao mantemento aos 6 meses da LM (Figuras 2 e 3).

Figura 3. OR co seu IC95% dos diferentes factores considerados na análise conxunta sobre o mantemento aos 6 meses unha vez iniciada a LM. Galicia, 2016.



Conclusións. Do mesmo xeito que ocorre na maioría das Comunidades Autónomas españolas, onde a prevalencia de LM ao inicio aproxímase ao 90% diminuindo de xeito moi acusado aos 6 meses¹⁰⁻¹², en Galicia a prevalencia de LM está moi por baixo das recomendacións marcadas por organismos internacionais como a OMS e a UNICEF³.

No inicio e na duración da LM inflúen determinantes que operan a múltiples niveis, e que afectan aos comportamentos e decisións tanto das nais coma dos axentes que interaccionan con elas ao longo do tempo.

A opinión positiva sobre a LM, o apoio inmediato á lactación tras o parto, as intervencións individuais e mesmo a educación en grupo (entendido coma a asistencia ás clases de preparación ao parto) son, ao igual que se identificou noutros estudos¹³⁻¹⁵, aspectos relacionados tanto co inicio como co mantemento da LM.

En Galicia observouse que o apoio por parte dos profesionais sanitarios inflúe nas decisións tomadas polas nais, sendo o momento do nacemento un punto cruce para mellorar as prevalencias de inicio da LM e mesmo o seu mantemento aos 6 meses. Por todo isto, para promover e protexer a LM débese potenciar a participación das institucións sanitarias e dos profesionais da saúde coma axentes fundamentais para acadar o aumento da prevalencia de LM.

Compre destacar que este estudo non está exento de limitacións. As estimacións baseáronse en información autodeclarada polas nais. Ademais, pode existir un nesgo de memoria no referente ás preguntas relacionadas cos momentos previos ao embarazo, durante o mesmo ou ao comezo da lactación, porque a maioría da información recolleuse transcorridos como mínimo 6 meses tras dar a luz. Outra posible limitación é a influencia da desexabilidade social nas respostas das nais. Compre destacar coma principal fortaleza deste estudo o número de mulleres incluídas, que permite obter estimacións precisas en función de diferentes características.

Bibliografía

- 1 World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. World Health Organization (WHO), Washington D.C. 2008.
- 2 Black RE et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382: 427-51.
- 3 Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012
- 4 World Health Organization. Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. OMS, Ginebra. 1981.
- 5 UNICEF. Innocenti declaration: on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecol Food Nutr* 1991; 26: 271-73.
- 6 Bagci Boss AT et al. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr* 2016; 19: 753-64.
- 7 Oya JG et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Rev Pediatría At Prim* 2008; 10: 29-42.
- 8 Rodríguez-Pérez MJ et al. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública* 2017; 91: e1-e9.
- 9 García MR et al. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65: 6-11.
- 10 Cuadrón Andrés L et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatría* 2013; 79: 312-18.
- 11 Oribe M et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* 2015; 29: 4-9.
- 12 Cebrián RG et al. Lactancia materna en la Región de Murcia: ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediatría Esp* 2009; 67: 283-89.
- 13 Rollins NC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2006; 387: 491-504.
- 14 Haroon S et al. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13 Suppl 3, S20.
- 15 Sinha B et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015; 104:114-34.