



AEP

Asociación Española de Pediatría

CLM

Comité de Lactancia Materna



Foto: Jannoon028 / Freepik

2016

LACTANCIA MATERNA EN CIFRAS: TASAS DE INICIO Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría



Introducción

Una alimentación óptima resulta fundamental para la salud y el desarrollo de nuestros niños, especialmente en la etapa crítica comprendida entre el nacimiento y los 2 años de vida. Los resultados de estudios biológicos y epidemiológicos muestran que la decisión de no amamantar tiene importantes efectos negativos sobre la nutrición, desarrollo y salud del niño y de la madre. La alimentación con leche materna (LM) probablemente es la intervención sanitaria que, con menores costes económicos, consigue mayores beneficios sobre la salud del individuo. Es por ello que, dentro de las medidas para promocionar la salud mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) adoptaron, ya en el año 2002, la Estrategia Mundial para la alimentación óptima del lactante y del niño pequeño recomendando iniciar la alimentación al pecho en la primera hora de vida y continuar con lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y, complementada con otros alimentos, hasta los 2 años de edad¹.

A la hora de evaluar qué medidas de promoción y apoyo a la LM son necesarias para conseguir que se cumpla esta estrategia, resulta fundamental conocer la prevalencia, duración y características de la LM en cada país, recomendándose la recogida periódica de datos. Este tipo de estudios epidemiológicos requieren recursos humanos y económicos que muchas veces no son aportados por los distintos países, lo que conduce a una carencia de datos fiables actualizados. Otro problema con el que nos encontramos es que, a veces, ni los indicadores recogidos ni la metodología empleada se ajustan a las recomendaciones estandarizadas de la OMS², lo que dificulta realizar estudios comparativos.

Indicadores

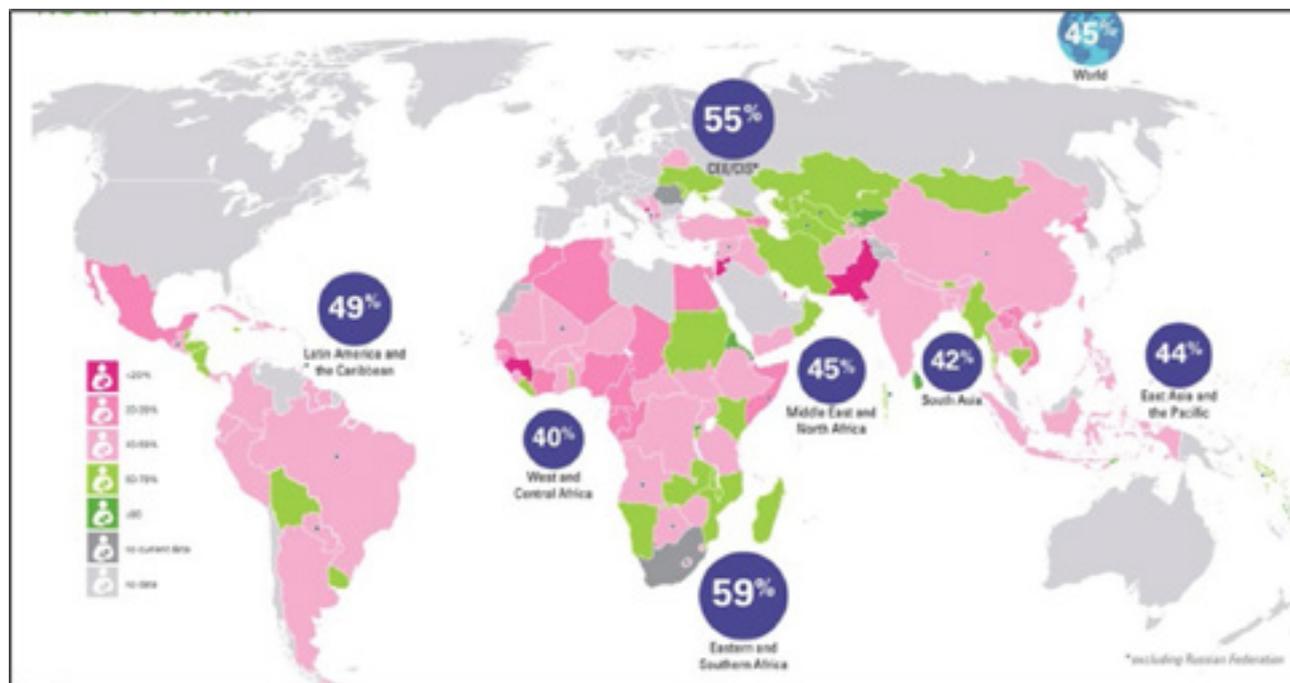
1. Inicio lactancia materna en la primera hora de vida

Este indicador, el porcentaje de niños que inician LM en la primera hora de vida, tiene mucha importancia ya que está bien establecido que iniciar precozmente la alimentación al pecho ayuda a establecer la LM exclusiva y se relaciona con una mayor duración de la misma³. También hay estudios recientes que demuestran que esta práctica conduce a la colonización intestinal del recién nacido por miles de bacterias beneficiosas procedentes de la madre (microbiota y microbioma), que ayudarán a programar en el niño un ambiente microbiológico intestinal saludable de por vida y le ayudará a luchar contra las enfermedades, a digerir mejor el alimento y a regular su sistema inmunológico⁴. Además existe evidencia de que los componentes de la LM en los primeros días de vida pueden influir en la forma que determinados genes se expresan, con efectos que pueden durar de por vida, por ejemplo contrarrestando la predisposición genética a la obesidad o a otras enfermedades crónicas⁵.

Pese a la importancia de esta práctica, el análisis de los datos disponibles⁶ muestran que, globalmente, menos de la mitad de los recién nacidos en el mundo son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida. El porcentaje varía desde el 40% en África central, Oeste

de África y Sur de Asia, hasta el 60% en el Este y Sur de África. En los países de mayores ingresos no se disponen de datos oficiales al respecto, por lo que desconocemos cómo de implantada está esta recomendación (figura 1).

Figura 1. Porcentaje de niños puestos al pecho en la primera hora de vida



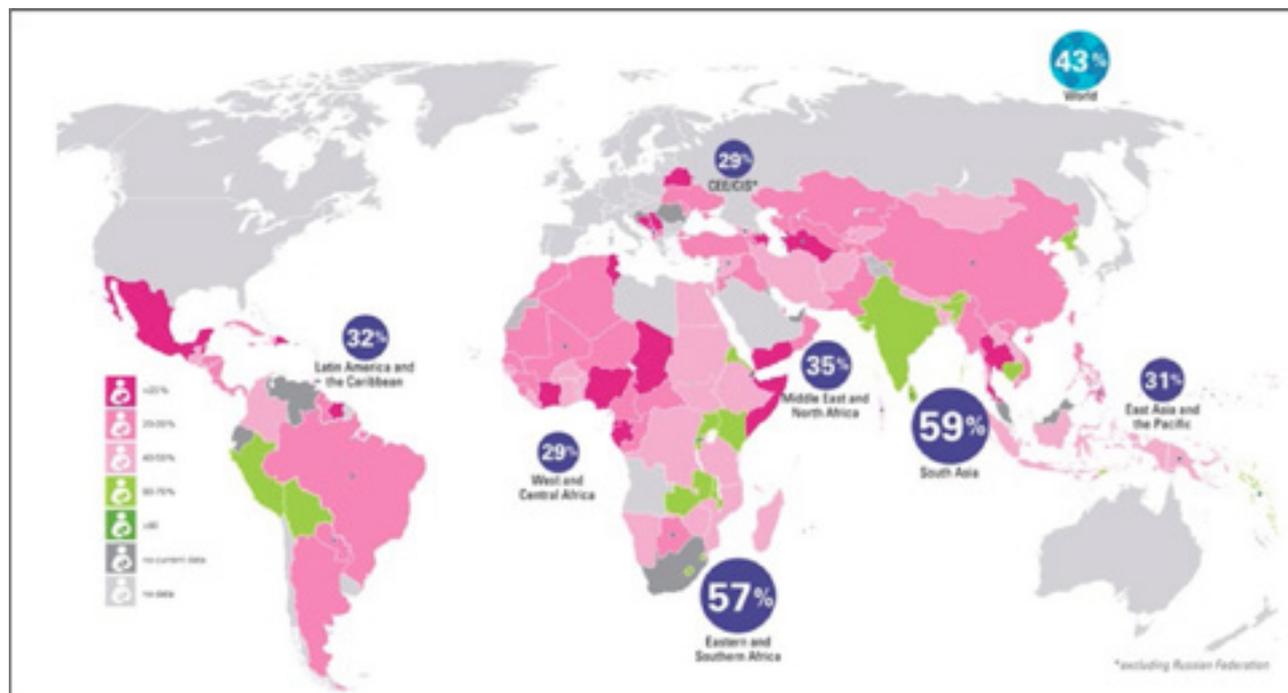
Fuente: base de datos global UNICEF, 2016⁶

2. Lactancia materna exclusiva 0-5 meses

Aunque recibir LM alguna vez comparado con no lactar nunca ya resulta ventajoso para la salud del niño y de la madre, la evidencia actual confirma que dichos beneficios son dosis-dependiente es por ello que uno de los indicadores que más se valoran es el mantenimiento de la LME durante los primeros 6 meses de vida.

La situación mundial refleja que, aunque el inicio de la LM es mayoritario en casi todos los países, se produce a lo largo de los primeros meses de vida un descenso progresivo. Los factores responsables son muchos y diversos, como se pone de manifiesto en un estudio epidemiológico reciente realizado en nuestro país⁷. Los datos publicados en 2016 por UNICEF^{6,4} indican que, globalmente, sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30% (figura 2)

Figura 2. Porcentaje de LM exclusiva 0-5 meses de vida

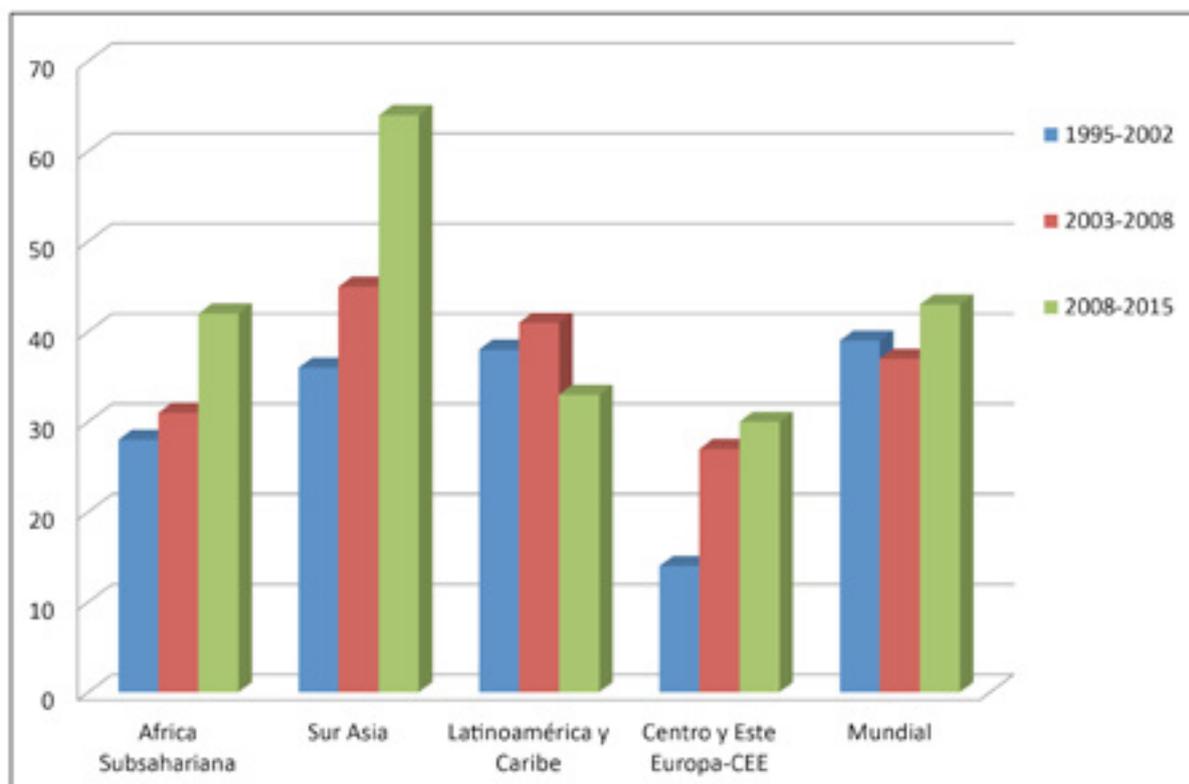


Fuente: base de datos global UNICEF, 2016⁶

No se conoce detalladamente cuál es la situación en los países con mayores ingresos, pero la información disponible es preocupante. Así, en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LME⁸. En Estados Unidos, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LME se reducía hasta el 16%⁹. En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005¹⁰ los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses)¹¹. Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia o Irlanda con niveles del 63 y 44%¹⁰. Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LME a los 6 meses^{10,12}.

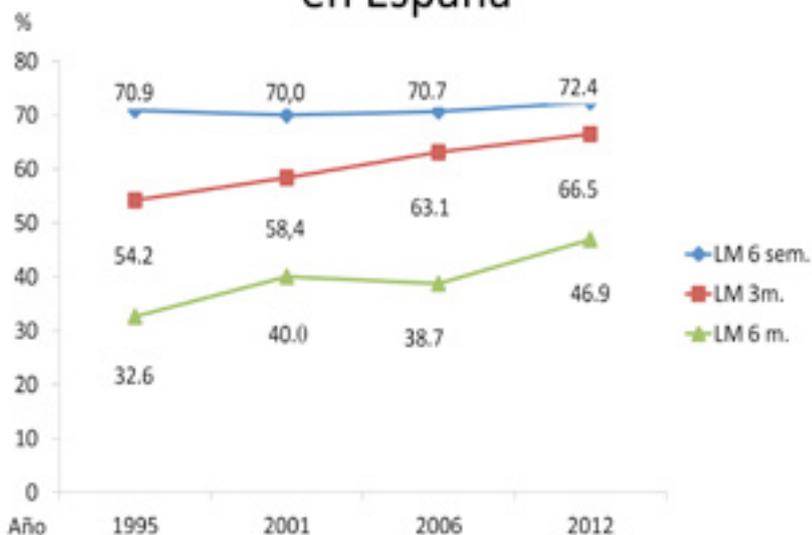
En aquellos países en los que se dispone de datos evolutivos^{4,6,13}, se observa que las tasas de LME a los 6 meses, entre los años 1995 y 2015, se incrementaron a nivel global pasando del 24.9% al 43%. El aumento fue más importante en el África Subsahariana, donde se pasó del 28% al 42%, y en el Sur de Asia donde se aumentó del 36 al 64%. En las zonas de Europa, con datos disponibles únicamente hasta el 2008 (CEE/ CIS: Europa Central y del Este y estados independientes Commonwealth), también hubo un aumento, pero sólo del 19% al 27% (figura 3).

Figura 3: LM exclusiva <6 meses (Fuente: datos UNICEF 1995-2015)



En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia. Con ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS lo que dificulta la comparación con otros países. Teniendo en cuenta estas limitaciones, según los datos extraídos de las ENS, la tasa de LM en España (incluyendo LME y parcial) a las 6 semanas se ha mantenido bastante estable con cifras globales alrededor del 71%, mientras se observa, en los últimos 15 años, un aumento progresivo de las cifras de LM a los 3 (66.5% en el año 2012) y 6 meses de vida (46,9%)¹⁴ (figura 4). Tanto en la última ENS como en una Encuesta sobre hábitos de lactancia en España⁷ se recoge una duración media de la LM en nuestro país de 6 meses. Por otro lado, el porcentaje de LME a los 6 meses en el año 2012 se situaba en torno al 28.5% cifras similares a las globales europeas pero lejanas a la recomendaciones de la OMS-UNICEF.

Lactancia materna (exclusiva y parcial) en España



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 4. Lactancia Materna en España¹⁴

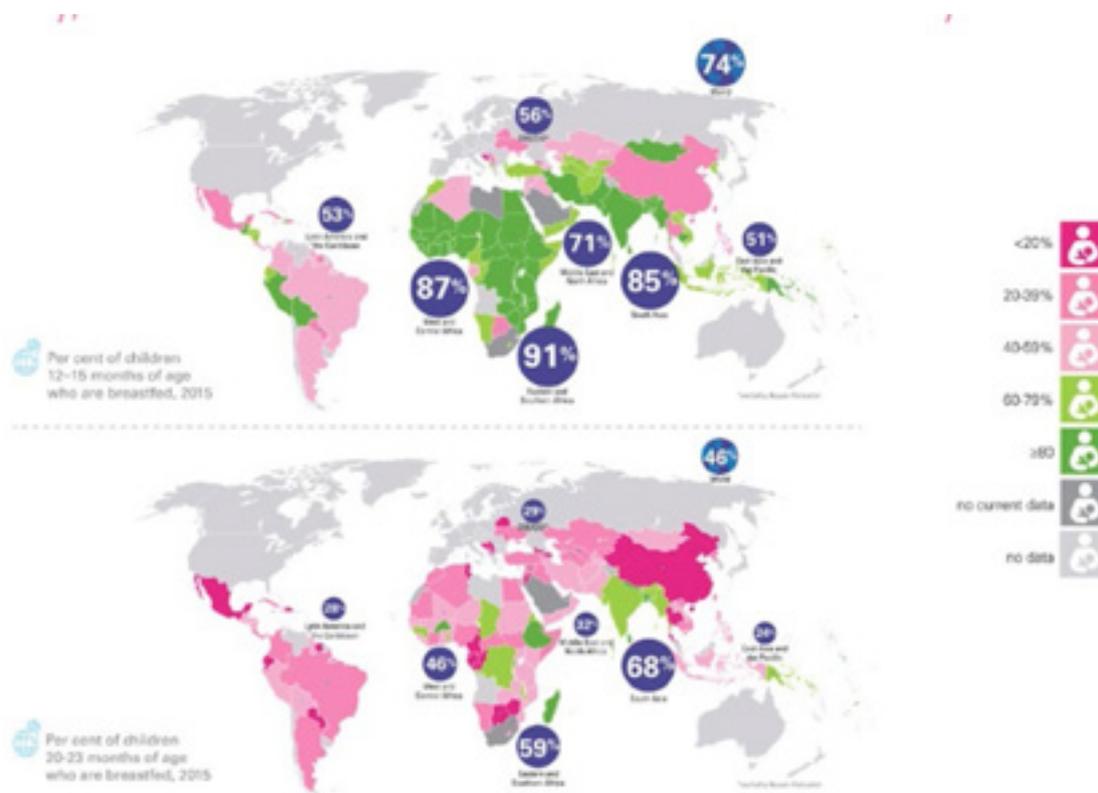
3.LM al año y 2 años de vida

A nivel global⁶, las tasas de LM al año de vida son del 74%, reduciéndose hasta el 46% a los 2 años. Para todos los intervalos de edad los porcentajes más altos los presentan los países del África Subsahariana y del Sur de Asia, donde casi un 70% de los niños continúa recibiendo LM a los 2 años. En el Este de Asia, Europa Central y del Este, estados independientes Commonwealth y Latino-América-Caribe, sólo la mitad de los niños sigue recibiendo LM al año de vida y esta cifra disminuye por debajo del 30% a los 2 años (figura 5).

Las cifras LM hasta 1-2 años de vida se han mantenido estables en los últimos 15 años⁶, siendo CEE/CIS la única región a nivel mundial que ha presentado un incremento, tanto al año como a los 2 años, y, pese a ese aumento, sólo un tercio de los niños siguen amamantados a los 20-23 meses.

UNICEF no dispone de datos de los países con mayores ingresos, pero se ha estimado en un estudio reciente⁴ que sólo un 20% continúa con LM al 1 año, existiendo amplias diferencias según países (27% Estados Unidos, 35% Noruega, 16% Suecia, <1% Reino Unido). No se dispone de datos de la situación a los 2 años de vida.

Figura 5: Porcentaje de LM al año y 2 años de vida

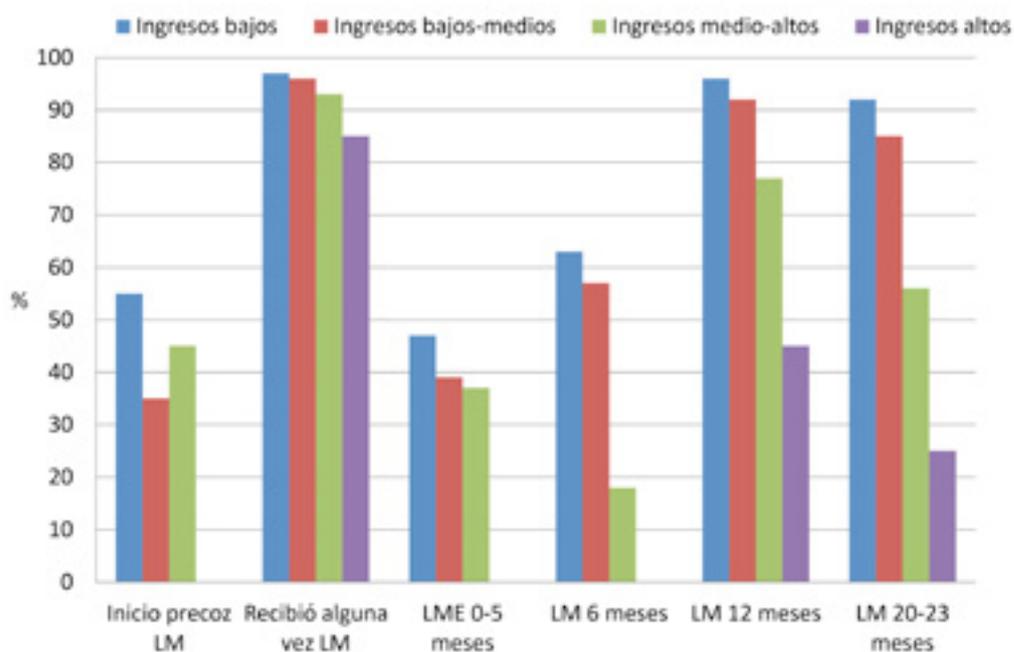


Fuente: base de datos global UNICEF, 2016⁶

4.LM según la situación socio-económica

Si valoramos las tasas de LM en relación a los ingresos económicos del país observamos diferencias notables, siendo mayores las tasas de LM en aquellos países con menores recursos, para todos los indicadores⁴ (figura 6). Cuando se analiza la prevalencia de la LM entre las distintas clases sociales de un país, se observa que en los países más pobres las clases sociales que mantienen la LM durante más tiempo son las más bajas, mientras que en los países con mayores recursos son las madres de las clases socio-económicas más altas y mejores niveles educativos, las que más amamantan y lo hacen durante más tiempo^{4,7}.

Figura 6. Indicadores de LM por niveles de ingreso del país, año 2010 (adaptado) ⁴



Conclusiones

A pesar de la importancia reconocida de amamantar, esta práctica aún no está bien implantada a nivel mundial, sobre todo en los países más desarrollados. Aunque se han conseguido avances en los últimos años, todavía nos encontramos lejos de alcanzar los objetivos de la OMS. Dada la gran variabilidad entre países, es conveniente que las estrategias de apoyo a la LM sean elaboradas de manera específica para cada país, según sus necesidades.

En España sería recomendable mejorar el sistema de monitorización y seguimiento de la LM. A la vista de la información disponible, parece claro que son necesarias medidas para aumentar las tasas de inicio y duración de la LM. Estas estrategias de apoyo deben ser multidisciplinarias implicando a todos los componentes del sistema sanitario. También es necesario que se produzca un mayor apoyo a la LM a nivel social y laboral, no pudiéndose responsabilizar únicamente a las familias de realizar todo el esfuerzo para conseguir estos objetivos.

Bibliografía

1. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003
2. 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. Dept. of Child and Adolescent Health and Development. ISBN 978 92 4 159666 4

3. Moore, E.R., et al., Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(5): p. CD003519.
4. Victora, C.G., et al., Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016. 387(10017): p. 475-90
5. Verduci, E., et al., Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*, 2014. 6(4): p. 1711-24)
6. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF. October 2016 ISBN: 978-92-806-4852-2. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeeding-practices/>
7. 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
8. Australian Institute of Health and Welfare. National Infant Feeding Survey: 2010 Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927>
9. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card—United States 2013. www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf
10. CO1.5: Breastfeeding rates OECD Family database OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
11. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization. 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/
12. Black L-A. Research and Information Service briefing paper: Breastfeeding rates. North Ireland Assembly, NIAR Publication number 392-11. 2011. www.niassembly.gov.uk/Documents/RaISe/Publications/2011/Health/14811.pdf
13. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children reports, years 1998, 2004, 2008 and 2014. Disponible en: <https://www.unicef.org/sowc98/sowc98.pdf>, <https://www.unicef.org/sowc04/>, <https://www.unicef.org/sowc08/>, https://www.unicef.org/myanmar/SOWC2014_In_Numbers_28_Jan.pdf
14. Encuestas Nacional de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/>