



Artículo Valorado Críticamente

Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva

María Aparicio Rodrigo, CS Entrevías, Área 1, Madrid (España).

Correo electrónico: maparicio.gapm01@salud.madrid.org

Albert Balaguer Santamaría. Unidad de Neonatología y Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan. Universitat Rovira i Virgili, Reus-Tarragona (España).

Correo electrónico: albert.balaguer@urv.net

Términos clave en inglés: breast Feeding; statistics & numerical data; patient education: methods; postnatal care: methods; pregnancy outcome; prenatal care: methods;social support; randomized controlled trial

Términos clave en español: lactancia materna, estadísticas; métodos de educación a los pacientes; cuidados postnatales; resultados del embarazo; cuidados prenatales; ayuda social; ensayo clínico aleatorizado controlado

Fecha de recepción: 6 de noviembre de 2007

Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2007

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 93 doi: [vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.6.htm](https://doi.org/10.4398/etoc.vol3_numero4.6)

Cómo citar este artículo

Aparicio Rodrigo M, Balaguer Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr. 2007; 3: 93.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en:http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_4/2007_vol3_numero4.6.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva

María Aparicio Rodrigo, CS Entrevías, Área 1, Madrid (España).

Correo electrónico: maparicio.gapm01@salud.madrid.org

Albert Balaguer Santamaría. Unidad de Neonatología y Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan. Universitat Rovira i Virgili, Reus-Tarragona (España). Correo electrónico: albert.balaguer@urv.net

Referencia bibliográfica: Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT, et al. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;335:596

Resumen estructurado:

Objetivo: investigar si la educación en relación a la lactancia materna (LM) antes del parto o el soporte a la LM postnatal, de forma independiente, mejora las tasas de lactancia materna exclusiva (LME) durante el primer semestre de vida del recién nacido (RN) frente a la atención hospitalaria rutinaria de la puérpera.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado y controlado.

Emplazamiento: un hospital terciario en Singapur.

Población de estudio: cuatrocientas cincuenta embarazadas controladas en las consultas externas hospitalarias, con más de 34 semanas de gestación en el momento del parto, con intención de ofrecer LM al RN y sin enfermedades que contraindicasen la misma. Se excluyeron los embarazos múltiples y otros embarazos de alto riesgo. Las madres se distribuyeron de forma aleatoria, mediante un sistema de asignación informático, en tres grupos: G1, formado por 151 madres que recibieron la atención obstétrica habitual, que incluía clases opcionales de preparación al parto con información sobre alimentación; G2, que incluyó 150 madres que, además de la atención obstétrica habitual, recibieron una sesión antenatal sobre LM (vídeo de 16 minutos de duración, y entrevista opcional de 15 min. con educador) y G3, que incluyó a 149 madres que, además de la atención obstétrica habitual, recibieron dos sesiones postnatales sobre LM (30 minutos de duración cada una) a los 2-3 días y a los 7-14 días postparto.

Medición del resultado: se tomó como variable principal el número de madres con LME al alta hospitalaria, a las dos y seis semanas postparto (datos recogidos, mediante un cuestionario estandarizado que rellenó la madre, en casa o en la consulta) y a los tres y seis meses postparto (datos recogidos mediante entrevista telefónica). Como variable secundaria se analizó el número de madres con algún aporte de LM en los mismos periodos de tiempo.

Resultados principales: un porcentaje significativamente superior de madres que recibieron educación postnatal (G3) proporcionó LME en relación con el grupo control (G1) a las dos semanas (riesgo relativo [RR]: 1,82; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 1,14-2,90 y número necesario de pacientes a tratar [NNT]: 6, IC 95%: 4-17); a las seis semanas, (RR: 1,85; IC 95%: 1,11-3,09 y NNT: 7; IC 95%: 4-24); a los 3 meses (RR: 1,87; IC 95%: 1,03-3,41 y NNT: 9, IC 95%: 5-60) y a los 6 meses (RR: de 2,12; IC 95%: 1,03-4,37 y NNT: 11; IC 95%: 6-80). También se encontró

un porcentaje significativamente superior de madres con LME en el grupo que recibió educación antenatal (G2) frente al control (G1) a las seis semanas (RR: 1,73; IC 95%: 1,04-2,90 y NNT: 8; IC 95%: 5-41), a los 3 meses (RR: 1,92; IC 95%: 1,07-3,48 y NNT: 9; IC 95%: 5-43) y a los seis meses postparto (RR 2,16; IC 95%: 1,05-4,43 y NNT: 10; IC 95%: 6-60). No se encontraron diferencias significativas en este aspecto entre el grupo con educación prenatal y el grupo con educación postnatal (G2 y G3).

Al analizar las madres que proporcionaron algún aporte de LM, incluyendo casos con LME, solo se encontraron diferencias significativas entre las madres con educación postnatal (G3) y el grupo control (G1) a las seis semanas de vida (RR 1,19; IC 95%: 1,05-1,36; NNT: 8; IC 95%: 5-26), y entre el grupo de educación postnatal (G3) y el grupo de educación prenatal (G2), también a las seis semanas de vida (RR: 1,16; IC 95%: 1,02-1,31; NNT: 9 (IC 95%: 5-60).

Conclusión: el apoyo educativo a las madres en relación con la LM, tanto si se realiza antes como después del parto, mejora la proporción de madres que mantiene la LME a los seis meses de vida del RN. Una educación postnatal de dos sesiones podría ser más efectiva que una única sesión prenatal para conseguir esta mejoría.

Conflicto de intereses: no declarado.

Fuente de financiación: Grupo Nacional para el Cuidado de la Salud (Singapur).

Comentario crítico:

Justificación: organismos como la Asociación Española de Pediatría¹, la Organización Mundial de la salud² o la Academia Americana de Pediatría³ recomiendan la LME durante los seis primeros meses de vida. Sin embargo, el cumplimiento de estas recomendaciones es escaso. Estudios recientes apuntan hacia la educación para la promoción de la LM como el factor más influyente en el mantenimiento de la misma. Hasta el momento había evidencia sobre su efecto sobre el mantenimiento en el tiempo o sobre el número de madres que inician la LM⁴, pero no sobre el efecto sobre las tasas de LME a los seis meses que es lo que se propone determinar este estudio.

Validez o rigor científico: se trata de un estudio bien diseñado. La asignación de grupos se hizo de forma aleatorizada con adecuada ocultación de la secuencia. Los tres grupos fueron similares en cuanto a raza, edad

materna, paridad, nivel educativo, empleo, ingresos, baja maternal, estructura familiar, experiencia previa con LM (aunque no se especifica con qué grado de éxito) y asistencia a las clases de preparación antenatal (que fue baja: media de 7%). Los datos fueron procesados de forma correcta por evaluadores cegados. Hubo un número de madres perdidas para el seguimiento considerable (18%), aunque no superaron el 20% convencionalmente admitido. El porcentaje de pérdidas, correctamente especificado, fue similar en los tres grupos. Además de los resultados ya expresados evaluados según intención de tratar, se realizó un análisis de sensibilidad asumiendo la peor de las posibilidades (abandono de la LM en todas las madres perdidas para el seguimiento) que mostró unos resultados similares a los anteriores, salvo la desaparición de las diferencias significativas entre G3 y G1 a los tres y seis meses. Desconocemos la influencia ejercida por otros profesionales sanitarios en los seis meses posteriores al parto.

Interés o pertinencia clínica: se demuestra que con medidas sencillas, como unas sesiones formativas breves (antes o después del parto) se puede aumentar de forma notable la adhesión a la LM. La comparación a los seis meses del parto de los porcentajes de LME (G1: 9%, G2 y G3: 19%) y de cualquier LM (G1: 34%, G2: 43% y G3: 40%), dan una idea clara del posible beneficio de ambas intervenciones, que resulta muy similar. Hay que destacar que las intervenciones comparadas fueron muy distintas. Así, en G2 se trataba de una sola sesión aparentemente comunitaria que incluía video, mientras que en G3 se trató de dos sesiones separadas en el tiempo y probablemente individuales, aunque este extremo no se especifica. En conjunto, cada madre en G3 recibía aproximadamente el doble de tiempo y probablemente personalizado. Si se asume una práctica equivalencia en los resultados, se deduce que la intervención formativa efectuada en el periodo pre-parto parece más eficiente en términos de tiempo y personal dedicado.

Aplicabilidad en la práctica clínica: este estudio confirma el valor de la educación para la promoción de la LM con objeto de conseguir que ésta se prolongue el máximo posible en el tiempo. En este sentido, dos sesiones separadas después del parto pueden ser algo más efectivas que una sola en el preparto. Sin embargo, sin olvidar la importancia de las medidas post-parto en las que los pediatras debemos seguir insistiendo, parece que las sesiones previas al parto podrían resultar más eficientes en términos de personal y tiempo de dedicación.

Con todo, con las intervenciones descritas, las tasas de LM conseguidas a los seis meses (alrededor de un 40%) aunque son superiores a las nuestras (7-30% de LM a los seis meses)¹, son distantes de las de los países con mejores resultados como Escandinavia (más del 70%)⁵, lo que sugiere que además de esta intervención son necesarias otras de tipo sanitario, social y político.

Bibliografía:

- 1.- Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia. Grupo de Trabajo Previnfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC) [en línea] [consultado: 8-XI-2007]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf
- 2.- Ross J, Piwoz E. Exclusive breastfeeding recommendation unchanged. Bull World Health Organ. 2005; 83: 878.
- 3.- Gartner LM, Monton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005; 115: 496-506.
- 4.- Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 5.- Michaelsen KF Nutrition and growth during infancy. The Copenhagen Cohort Study. Acta Paediatr. 1997;86:1-36.