

Alimentación del recién nacido en el periodo de posparto inmediato

Newborn feeding in the immediate postpartum period

Silvina Berra^a, Nancy K Galván^a, Jacobo Sabulsky^a, Bárbara Dal Lago^a, María C Gorgerino^a, Luis Rajmil^b, Raquel Passamonte^a, María F Pirán Arce^a y Laura R Pascual de Unía^a

^aFundación CLACYD (Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo). Córdoba, Argentina. ^bAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona, España

Descriptores

Lactancia materna. Atención posnatal. Atención perinatal. Cuidado del lactante. Recién nacido. Factores socioeconomicos. Analisis multivariado.

Resumen

Objetivo

Describir la modalidad de alimentación de los recién nacidos en instituciones públicas y privadas; y estudiar su relación con prácticas sanitarias de atención del parto y el puerperio y con características sociodemográficas.

Métodos

Se estudiaron 347 binomios madre – hijo representativos de los nacimientos en maternidades públicas y privadas de la ciudad de Córdoba, Argentina. Las madres fueron entrevistadas entre las 24 y 48h posteriores al parto. Mediante análisis de regresión logística se estudió la asociación de las prácticas sanitarias con la modalidad de alimentación en la institución, controlando el efecto de factores sociodemográficos y perinatales, en instituciones públicas y privadas. Se realizó análisis de regresión logística expresada en “odds ratio”, con intervalo de confianza de un 95%.

Resultados

Recibieron lactancia materna exclusiva el 60,4% de los nacidos en instituciones públicas y el 2,9% de los nacidos en instituciones privadas. El riesgo de no tener lactancia materna completa en las instituciones públicas durante el postparto inmediato fue significativamente mayor cuando los niños recibieron un primer alimento diferente de leche materna [odds ratio (OR):149; Intervalo de confianza (IC) 95%: 16,7-1332], el primer contacto se retrasó más de 45 minutos (OR:4,43; IC 95%: 1,02-19,20) y la intención de la madre fue amamantar menos de 6 meses (OR:5,80; IC95%: 1,32-25,52); y, en las privadas, cuando los niños recibieron un primer alimento diferente de leche materna (OR:9,88; IC 95%: 1,07-91,15).

Conclusiones

La atención del parto y el puerperio no es acorde a las recomendaciones actuales e influye en la modalidad de alimentación del recién nacido independientemente de otros factores estudiados.

Keywords

Breast feeding. Postnatal care. Perinatal care. Infant care. Infant, newborn. Socioeconomic factors. Multivariate analysis. Labor and postpartum care.

Abstract

Objective

To describe the type of newborn feeding in public and private institutions and to investigate its relationship with health practices during delivery and in the puerperium and sociodemographic characteristics.

Correspondencia para/ Correspondence to:

Silvina Berra
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques
Trav. de Les Corts, 131-159
Pavelló Ave Maria
08028 Barcelona, España

Financiado por la Fundación Alberto J. Roemmers, Argentina.

Recibido el 7/11/2001. Representado el 3/5/2002. Aprobado el 27/5/2002.

Methods

Three hundred and forty-seven representative binomials mother-child of births that occurred in public and private maternity wards in the city of Córdoba, Argentina, were studied. Mothers were interviewed between 24 to 48 hours after delivery. By means of logistic regression analysis the association between health care practices and the type of newborn feeding in public and private institutions was studied, controlling for the effect of sociodemographic and perinatal factors. Statistical analysis was performed using logistic regression, odds ratio, and 95%CI.

Results

Of the total, 60.4% newborns in public institutions and 2.9% in private institutions were exclusively breastfed. In the public institutions, the risk of partial breastfeeding in the immediate postpartum was significantly higher in children who were not initially fed with mother's milk [odds ratio (OR)=1.49; confidence interval (CI): 95%: 16.7-1332], the first mother-child contact was delayed for more than 45 minutes (OR:4.43; IC 95%: 1.02-19.20) and mother's intention was to breastfeed her child for less than 6 months (OR: 5.80; IC: 95% 1.32-25.52); and in private institutions when children were not initially fed with mother's milk (OR: 9.88; IC 95%: 1.07-91.15).

Conclusions

Labor and postpartum care does not comply with the current recommendations and it affects the type of feeding regardless of other factors studied.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas sanitarias de atención durante la internación para el parto, cobraron un interés especial en las últimas décadas, cuando se demostró su impacto en el inicio y la duración de la lactancia materna¹³ y, por ésta, en la salud de mujeres y niños.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) promulgaron en 1989 la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN),²² a través de la cual establecieron un decálogo de prácticas para la promoción de la lactancia materna en los servicios de maternidad, acentuando el rol fundamental de éstos en la salud materno infantil. En Argentina, desde 1996, el contacto inmediato post nacimiento entre la madre y el niño, el apoyo a la madre para iniciar el amamantamiento, el alojamiento conjunto y la lactancia materna exclusiva están normatizados.⁸

A pesar de la numerosa evidencia de los beneficios de las prácticas incluidas en estas propuestas¹⁹ y de la falta de fundamentos para el incumplimiento de la mayoría de ellas, siguen observándose altos porcentajes de rutinas hospitalarias negativas, como el retraso del primer contacto entre madre-hijo/a, la separación del binomio por el alojamiento del recién nacido en guarderías o el uso de fórmulas artificiales, sueros glucosados, biberones y chupetes.

El presente estudio forma parte del seguimiento iniciado en 1998 de una de las cohortes del Estudio CLACYD (Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo), para estudiar factores asociados a la duración de la lactancia materna.³ Se

presenta la información obtenida en una de las etapas, mediante entrevistas realizadas a púerperas durante su internación en la maternidad. Los objetivos propuestos fueron describir la modalidad de alimentación en instituciones públicas y privadas y su relación con características sociodemográficas de la población y con las prácticas de atención de la madre y el recién nacido durante la internación en la maternidad.

MÉTODOS

La base del estudio son todos los niños nacidos vivos en maternidades públicas y privadas de la ciudad de Córdoba en 1998, Argentina, con peso de nacimiento ≥ 2.000 g, sin malformaciones congénitas mayores y productos de partos simples; se excluyeron a las familias con residencia fuera del radio urbano de la ciudad de Córdoba, a los niños que permanecieron desde su nacimiento en salas de cuidado intensivo o intermedio y a los que dejaron la institución en las primeras 24h postparto.

A partir de los listados de instituciones con servicios de obstetricia provistos por la Federación Médica de Córdoba y la Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la provincia de Córdoba, se seleccionaron aquellas que tuvieron un promedio de al menos 30 partos mensuales en el curso de ese año. Así, se registraron partos en las 3 maternidades públicas existentes en aquel momento y en 19 de las privadas o de obras sociales (incluidas con las privadas, a partir de aquí). Se registraron nacimientos durante el mes de noviembre de 1998, asumiendo que los nacimientos de cualquier período del año son representativos del universo y que las características de las

prácticas de atención no tienen variaciones periódicas.

De los 475 nacimientos registrados, un total de 108 casos fueron excluidos: siete niños con peso <2.000 g, cuatro niños de partos múltiples, uno mortinato, una madre internada en unidad de cuidados intensivos, 66 familias que no residían en la ciudad y 29 binomios con altas anteriores a las 24 postparto. El rechazo a participar en el estudio fue del 5% (20 familias). Finalmente, 347 binomios madre-hijo cumplieron los criterios de inclusión y conformaron la muestra inicial.

Las madres fueron entrevistadas entre las 24 y 48 horas posteriores al parto, momento en que se solicitó su consentimiento para participar en el estudio y se aplicó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. En ese momento, se recogió información acerca de las prácticas recibidas en la institución, intención de amamantar, edad y escolaridad materna. El trabajo de campo fue realizado por estudiantes del último año de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba, que fueron capacitados y participaron en la prueba piloto del estudio, bajo la supervisión y coordinación de los autores.

Se estudiaron las siguientes prácticas de atención de la madre y el niño: tipo de parto (vaginal o cesárea); tiempo transcurrido desde el parto hasta el primer contacto madre-niño, considerando contacto cuando la madre tuvo al niño junto a su cuerpo por más de 5 min; primera prendida al pecho (en minutos posteriores al nacimiento); primer alimento recibido por el niño (leche materna, leche artificial o suero glucosado); alojamiento en la maternidad, considerado conjunto cuando madre y niño permanecieron en la misma sala y separado cuando el niño estuvo parte o todo el tiempo en una sala de observación (nursery o sala de neonatología diferente de unidades de cuidados intensivos o intermedios).

Se recogió información sobre los tipos de lactancia en la institución siguiendo la propuesta de la OMS de extender el período de recordatorio desde el nacimiento hasta el alta para obtener la prevalencia de lactancia materna en los servicios de maternidad.²¹ Como la información no fue tomada por personal de las instituciones, se estableció el período de 24 a 48 posteriores al parto para realizar la recolección de datos y el recordatorio se refirió a la alimentación del niño desde el nacimiento hasta la aplicación de la encuesta. Los tipos de lactancia se definieron de acuerdo a los indicadores OMS,²⁰ considerando lactancia materna exclusiva (LME) cuando el lactante sólo recibió leche humana directamente de su madre o extraída, y ningún otro líquido o sólido a excepción de gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o

medicamentos; lactancia materna predominante (LMPred.) si el recién nacido recibió LME y también agua o bebidas a base de agua (agua endulzada y con sabores, infusiones, té, etc.), jugos de frutas, solución de sales de rehidratación oral o suero glucosado, excluyendo otros líquidos basados en alimentos; lactancia materna parcial (LMP), si recibió además de LME o LMPred, leche de origen no humano; lactancia artificial (LA) cuando el niño recibió sólo leche de otro origen. La variable modalidad de alimentación surge al reagrupar los tipos de lactancia en tres categorías: la suma de frecuencias de LME y LMPred. conforman la categoría lactancia materna completa (LMC), se mantiene la categoría LMP y la categoría alimentación artificial (AA) agrupa a los niños que tuvieron LA y a los que no recibieron ningún tipo de leche sino otros alimentos (suero glucosado).

Se tuvieron en cuenta también variables sociodemográficas, así como antecedentes e intención de amamantamiento de la madre. La edad materna corresponde a los años cumplidos al momento de la entrevista. Para la escolaridad materna se indagó la cantidad de años completados de escolaridad formal al momento de la entrevista institucional. La estratificación social se realizó de manera similar a estudios previos de CLACYD,¹⁴ a partir de la posición socioeconómica del principal responsable del sustento familiar (considerando actividad laboral, categoría ocupacional, función en el trabajo y sector de la actividad); en la presentación de los datos, se agrupa la información de los estratos alto y medios (empleadores, profesionales, asalariados jerárquicos, trabajadores instalados por cuenta propia, asalariados estables en trabajos no manuales), por una parte, y de los estratos bajo y muy bajos (asalariados estables en trabajos manuales, asalariados o trabajadores por cuenta propia no calificados, trabajadores temporarios, obreros de la construcción, servicio doméstico), por otra. Se consideró trabajo materno durante el embarazo cuando la madre refirió haber tenido trabajo remunerado en cualquier período del embarazo. Las categorías de composición familiar se definieron como nuclear cuando la familia estuvo conformada por la madre, su pareja y uno o más hijos, monoparental cuando la madre convivía sola con los hijos (no hubo familias monoparentales paternas) y extendida cuando, siendo monoparental o nuclear, había otras personas conviviendo en el mismo hogar. Se denominó primíparas a las mujeres cuyo primer hijo fue el niño estudiado y múltiparas a las que tenían otros niños además del estudiado. El antecedente de amamantamiento del hijo anterior se clasificó en igual o mayor a seis meses, sin antecedente (corresponde a madres primíparas), y menor a seis meses. La intención de amamantar se indagó mediante dos preguntas: ¿cómo quisiera

alimentar a su hijo al salir de la maternidad? y, a quienes mencionaban la lactancia materna, ¿durante cuánto tiempo quisiera amamantar a su hijo?. Cuando las madres tuvieron respuestas indefinidas, tales como “todo el tiempo que pueda”, se insistió una vez más para que fijaran una fecha de acuerdo a su intención. Los datos se registraron en meses de edad del niño.

Se comparó mediante distribuciones de frecuencias los tipos de lactancia y las prácticas de atención de la madre y el niño entre instituciones públicas y privadas; luego, se analizó la relación entre cada una de estas prácticas y la modalidad de alimentación en la institución. Se aplicó la prueba de chi cuadrado para el estudio de las diferencias entre distribuciones de frecuencias en este análisis bivariado, considerándolas estadísticamente significativas, cuando la probabilidad de error de tipo I fue menor del 5%. Los valores perdidos (v.p.) no fueron considerados en análisis bivariados o multivariados.

Se realizaron análisis de regresión logística con el propósito de estimar la asociación [expresada en *odds*

ratio (OR) o razón de posibilidades] y su correspondiente intervalo de confianza (IC) de 95%, de las prácticas institucionales con la modalidad de lactancia en la institución, controlando por el efecto simultáneo de los factores sociodemográficos y perinatales. En la variable dependiente se reagruparon las categorías LMP y AA, para calcular la OR de no tener LMC. Las variables elegidas para incorporar en el modelo multivariado fueron aquellas que en el análisis bivariado preliminar presentaron IC del 95% para las OR que no incluyeron el valor 1 y las que se consideraron de interés por su relevancia clínica o epidemiológica. Las variables fueron eliminadas del modelo una por vez, con la intención de ajustar un modelo reducido, considerando el estadístico de Wald y evaluando la significación de las variables eliminadas mediante el test “likelihood ratio”. Se interpreta el valor de OR como la contribución independiente, habiendo controlado el efecto de las demás, incorporadas previamente.

El análisis de los datos se realizó con el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version 10.0.

Tabla 1 - Característica de la muestra según tipo de institución.

Características	N*	Instituciones		p
		Públicas %	Privadas %	
Edad materna				
menor a 18 años	28	15,5	1,1	
18 a 35 años	292	77,4	92,0	
mayor a 35 años	24	7,1	6,8	<0,01
v.p.**	3			
Escolaridad materna				
menor a 14 años	261	96,4	56,8	
14 años o mayor	82	3,6	43,2	<0,01
v.p.**	4			
Estrato socioeconómico				
bajo – muy bajos	145	77,0	25,7	
alto-medios	146	23,0	74,3	<0,01
v.p.**	56			
Composición familiar				
nuclear	180	49,6	73,0	
nuclear extendida	71	26,6	22,4	
monoparental	5	2,9	0,7	<0,01
monop. extendida	35	20,9	3,9	
v.p.**	56			
Paridad				
primíparas	120	32,4	49,3	
múltiparas	171	67,6	50,7	<0,01
v.p.**	56			
Trabajo durante el embarazo				
no	174	72,5	48,7	
sí	116	27,5	51,3	<0,01
v.p.**	57			
Antecedente de amamantamiento del hijo anterior				
sin antecedentes (primíparas)	120	32,6	50,3	
menor a 6 meses	92	38,4 (57,0%***)	26,2 (52,7%***)	0,01
6 meses o mayor	75	29,0 (43,0)***	23,5 (47,3)***	(0,35)*
v.p.**	60			
Intención de amamantar				
menor 6 meses	42	15,3	9,6	
6 a 11 meses	93	16,6	37,3	
12 meses o más	205	68,1	53,1	<0,01
v.p.**	7			

*La información sobre estrato socioeconómico, composición familiar, paridad, trabajo durante el embarazo y antecedentes de amamantamiento del hijo anterior fue recogida en una encuesta realizada 6 meses después del nacimiento, donde se completaron 291 encuestas.

**v.p.: valores perdidos.

***Proporciones y prueba de Chi cuadrado en múltiparas (todas con antecedentes de amamantamiento de un hijo anterior).

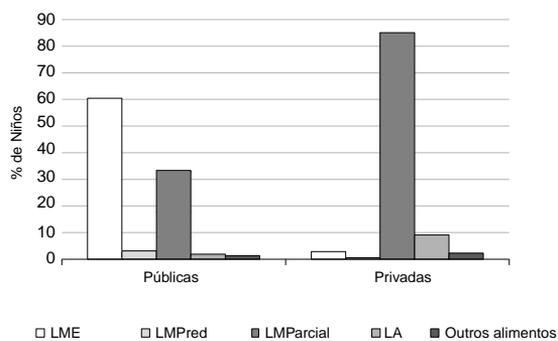
RESULTADOS

El 48% de los binomios madre-hijo provinieron de instituciones públicas. Como se observa en la Tabla 1, entre las madres atendidas en los servicios públicos de maternidad fue significativamente mayor la proporción de menores de 18 años (15,5% vs 1,1%), con escolaridad menor a 14 años (96,4% vs 56,8%), provenientes de estratos socioeconómicos bajo-muy bajos (77,0% vs 25,5), de familias monoparentales (23,8% vs 4,6%), multíparas (67,6% vs 50,7%), y que no trabajaron durante el embarazo (72,5% vs 48,7%). La diferencia en relación a los antecedentes de amamantamiento del hijo anterior durante 6 o más meses, fue menor y no significativa estadísticamente (29,0% vs. 23,5%) en multíparas. El 60% del total de las madres declaró en la entrevista institucional la intención de amamantar 12 meses o más; la proporción de madres que intentarían amamantar 6 a 12 meses fue mayor entre las mujeres de las instituciones privadas, mientras que las madres de las públicas declararon intenciones de amamantar por períodos más cortos o más prolongados.

La mayoría de los niños tuvieron LMP (60,5%) durante su estadía en la maternidad; el 32% recibió LMC, el 5,7% LA y el 1,8% no había sido alimentado con ningún tipo de leche hasta el momento de la encuesta. Los tipos de lactancia mostraron una gran variación según institución de nacimiento; en las públicas prevaleció la LME (60,4%), mientras que en las privadas, predominaron la LMP (85,1%) y la

LA (9,1%), alcanzando la LME sólo al 2,9% (Figura).

La Tabla 2 muestra la situación encontrada con relación a las prácticas de atención de la madre y el niño, contrastada con la normativa vigente. Se observa una distancia grande entre lo esperado y lo encontrado para casi todas las prácticas, en ambos tipos de instituciones; por otro lado, la distribución de frecuencias mostró diferencias significativas entre el ámbito público y el privado. En las maternidades públicas fue mayor la proporción de retraso en el primer contacto (78,1% vs 66,7%) y la primera puesta al pecho (78,1% vs 73,3%). En las instituciones privadas fue mayor la proporción de niños que nació por cesárea (53,1% vs 17,3%), recibió leches artificiales (38,1% vs 16,4%) y suero glucosado (27,5% vs 3,6%),



LME: lactancia materna exclusiva; LMPred: lactancia materna predominante; LMParcial: lactancia materna parcial; LA: lactancia artificial.

Figura - Tipos de lactancia según institución de nacimiento.

Tabla 2 - Prácticas de atención de la madre y el niño según tipo de institución.

Prácticas	N	Instituciones Públicas	Privadas	p	Normativa vigente de referencia
Tipo de parto					
vaginal	223	82,7	46,9		
cesárea	124	17,3	53,1	<0,01	Límite aceptable para índice de cesarea: 15%.**
v.p.*	0				
Primer contacto madre-hijo					
Hasta 10 minutos	39	7,5	15,5		
15 a 45 minutos	54	14,4	17,8	0,03	Favorecer el contacto precoz madre-hijo en forma inmediata, después del parto.***
>45 minutos	241	78,1	66,7		
v.p.*	13				
Primera prendida al pecho					
=60 minutos	77	21,9	26,7		
>60 minutos	239	78,1	73,3	0,19	Colocar al RN al pecho dentro de la primer hora del nacimiento.***
v.p.*	31				
Primer alimento del niño					
leche materna	179	76,4	31,7		
fórmula artificial	91	16,4	38,1		
suero glucosado	52	3,6	27,5		
no sabe (cree que pecho)**	10	3,6	2,4	<0,01	Administrar a todo RN sano pecho exclusivo como única alimentación, a libre demanda, teniendo en cuenta las razones médicas aceptables para la suplementación.***
v.p.*	15				
Alojamiento en la maternidad					
conjunto	249	97,5	51,4		
separado	89	2,5	48,6	<0,01	Conjunto: permanencia ininterrumpida del bebé junto a su madre, las 24hs del día, hasta el momento del alta.***
v.p.*	9				

*Estos casos fueron considerados valores perdidos (v.p.) para el análisis multivariado.

**Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza sobre tecnologías apropiadas para el parto.1985.¹⁷

***Propuesta normativa perinatal, Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, aprobada en 1996.⁸

RN = Recién-nacido.

Tabla 3 - Modalidad de lactancia según prácticas de atención de la madre y el niño.

Prácticas	N	Modalidad de alimentación*			p
		LMC	LMP	AA	
Tipo de parto					
vaginal	214	43,9	52,8	3,3	<0,01
cesárea	120	10,8	74,2	15,0	
v.p.	13				
Primer contacto madre-hijo					
=45 minutos	97	37,1	56,7	6,2	0,35
>45 minutos	229	29,3	62,4	8,3	
v.p.	21				
Primera prendida al pecho					
=60 minutos	77	41,6	55,8	2,6	0,10
>60 minutos	228	30,3	62,7	7,0	
v.p.	42				
Primer alimento del niño					
leche materna	174	60,3	37,9	1,7	<0,01
fórmula artificial	91	0	91,2	8,8	
suero glucosado	51	3,9	76,5	19,6	
v.p.	31				
Alojamiento en la maternidad					
conjunto	241	43,2	52,7	4,1	<0,01
separado	85	0	83,5	16,5	
v.p.	21				

*Modalidad de alimentación: LMC= lactancia materna completa; LMP= lactancia materna parcial; AA= alimentación artificial.

fue alojado separado de su madre (48,6% vs 2,5%).

Como se observa en la Tabla 3, la prevalencia de LMC (LME más LMPred.) fue menor, y con diferencias estadísticamente significativas, en los nacidos por cesárea (10,8%). Los niños con retrasos del primer contacto y de la primera prendida también revelaron menores proporciones de LMC que sus pares, aunque la diferencia no alcanzó a ser estadísticamente significativa. Quienes recibieron leche artificial como primer alimento no pudieron, por definición, tener LMC; entre los que iniciaron su alimentación con leche materna, sólo el 60,3% conservó la LMC en la institución. De los niños que estuvieron alojados conjuntamente con su madre el 52,7% recibió LMP, el 43,2% LMC y el 4,1% LA. Ninguno de los niños que estuvieron separados de sus madres recibió LMC, distribuyéndose en las otras dos categorías: LMP (83,5%) y AA (16,5%).

El análisis multivariado incorporó aquellos factores

que presentaron un intervalo de confianza de la OR de LMP o AA que no incluyó el valor 1 y los que se consideraron de interés del estudio; se consideró la existencia de colinearidad entre primer contacto y primera prendida, y se prefirió incorporar primer contacto. Siguiendo el objetivo del estudio, se estratificó el análisis según tipo de institución, ajustando un modelo para cada población (Tabla 4).

En las instituciones públicas, mostraron riesgos superiores de LMP o AA, independientemente del efecto de otros factores, la intención de la madre de amamantar menos de 6 meses, el retraso del primer contacto y el primer alimento distinto de leche materna. Para las instituciones privadas, el único modelo significativo, incluyó sólo al primer alimento. La diferencia del valor de la OR de no LMC para primer alimento entre públicas y privadas, muestra una modificación del efecto o interacción con el tipo de institución. La variable alojamiento en la maternidad

Tabla 4 - Variables asociadas a la modalidad de lactancia parcial o artificial durante la estadía en la maternidad, según tipo de institución.*

Variables	OR ajustada	Instituciones Públicas		Instituciones Privadas	
		IC 95%	N Total=125	OR ajustada	IC 95% N Total=164
Trabajo durante el embarazo					
no	1		93		
sí	3,59	0,98-13,13	32		
Intención de amamantar					
12 meses o más	1		89		
6 a 11 meses	2,28	0,40-12,95	20		
menor a 6 meses	5,80	1,32-25,52	16		
Primer contacto					
=45 minutos	1		35		
>45 minutos	4,43	1,02-19,20	90		
Primer alimento					
leche materna	1		100	1	53
otro (LA, suero glucosado)	1,49	16,7-13,32	25	9,88 (1,07-91,5)	111

*Modelo de regresión logística ajustado por los factores sociodemográficos y perinatales estudiados. Se presentan en la tabla sólo las variables que quedaron incluidas en el modelo final, luego de eliminar aquellas que no tuvieron contribución independiente según el test "likelihood ratio" ni mostraron efectos de confusión. La variable alojamiento en la maternidad no pudo ser incorporada en el análisis porque no hubo casos con LMC entre los niños que estuvieron separados de sus madres.

debió ser excluida del modelo por generar problemas numéricos, dado que no hubo casos con LMC entre los niños que estuvieron separados de sus madres.

DISCUSIÓN

Se estudió la alimentación del recién nacido y su relación con las prácticas de atención del parto y el puerperio, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población, en una muestra representativa de niños de la ciudad de Córdoba.

La administración de sustitutos de la leche materna en las instituciones, alcanzó a siete de cada diez recién nacidos, a pesar de la evidencia acumulada acerca de los beneficios de sostener la LME hasta alrededor de los seis meses y conociéndose que la introducción de fórmulas artificiales compite y obstaculiza el establecimiento y la duración del amamantamiento,¹¹ así como también aumenta la morbi-mortalidad infantil.¹⁷ Todos los niños que estuvieron alojados en guarderías recibieron leches artificiales. La LME es casi inexistente en las instituciones privadas, advirtiendo este hecho sobre el sostenimiento de prácticas aparentemente basadas más bien en cuestiones operativas o de modelos de atención, que fundamentadas científicamente. Las prácticas sanitarias observadas se compararon con la normativa vigente en Argentina,⁸ a la vez sustentada en la IHAN propuesta por OMS y UNICEF para un amamantamiento exitoso²² y en numerosas evidencias acerca de sus beneficios.¹⁹ El primer contacto inmediato, el inicio temprano del amamantamiento (paso 4), la exclusividad de la lactancia materna (paso 6), son prácticas poco frecuentes en todas las instituciones, así como el alojamiento conjunto de la madre y el niño en instituciones privadas (paso 7). En un estudio similar realizado en 1993, se encontraron que el primer contacto se retrasaba más de 90 min en el 86% de los nacimientos, el primer alimento era diferente de la leche materna en el 55% de los casos y el alojamiento del niño separado de su madre alcanzaba al 34%.¹ Las cifras obtenidas en noviembre de 1998 evidencian mejoras en estos puntos, aunque las prácticas de atención de la madre y el niño continúan lejos de alcanzar las metas de la IHAN.

Además de la inobservancia de las normas, se encontraron diferencias significativas en las prácticas perinatales entre instituciones públicas y privadas. En las públicas, hubo una frecuencia más alta de retrasos del primer contacto y la primera prendida. En cambio, el uso de fórmulas artificiales y de suero glucosado, así como la separación de la madre y el niño durante la

internación, fueron notablemente más frecuentes en el ámbito privado. Una evaluación de la IHAN en San Pablo, Brasil, recientemente publicada,¹⁶ muestra también menor cumplimiento de la normativa en instituciones privadas y enfatiza en la necesidad de extender la adhesión de las maternidades a esta estrategia; la situación en nuestro medio es evidentemente peor y podría explicarse por una menor inversión en la promoción del amamantamiento.

La práctica de la cesárea excede más de dos veces las recomendaciones expresadas en la Declaración de Fortaleza sobre la tecnología apropiada para el parto,¹⁷ donde se admite que no hay justificación para cifras superiores al 15% en ninguna región del mundo. Su prevalencia en la ciudad de Córdoba ha aumentado un 4% con relación a 1993, cuando alcanzaban al 13% de los partos de instituciones públicas y al 46% de los de instituciones privadas.¹ En 1998, las cifras de maternidades privadas siguen triplicando a las de las públicas; esta diferencia por sector sanitario coincide con datos de América Latina, donde se ha corroborado también una correlación positiva entre los índices de cesárea y el producto nacional bruto per cápita.²

A través de los análisis multivariados fue posible delimitar las variables asociadas a la modalidad de alimentación en instituciones públicas y privadas. Sólo en las primeras, hubo características de las madres que implicaron mayor probabilidad de que el niño no reciba LMC, como la intención de amamantar durante menos de seis meses y el antecedente de trabajo durante el embarazo, aunque éste no fue estadísticamente significativo. También el retraso del primer contacto y el uso de alimentos prelácteos aumentaron este riesgo.* En las instituciones privadas, el primer alimento es el único factor que explica la modalidad de alimentación. Este resultado, sumado a que la mitad de los niños es alojado en guarderías y recibe sustitutos, señala una fuerte asociación entre las prácticas en estas maternidades y la baja prevalencia de LMC.

Dos estudios similares realizados en países desarrollados, encontraron que la lactancia no exclusiva al alta, se relacionaba con embarazos gemelares, el peso de nacimiento menor a 2.500 g, el consumo de tabaco, el antecedente de un primer embarazo en la adolescencia,⁵ la escolarización materna hasta los 17 años,⁴ la falta de educación prenatal y el hábito de no compartir la cama la madre y el niño.^{4,5} En el estudio que presentamos, la escolaridad materna no se asoció a la modalidad de alimentación en la institución, mientras que los partos gemelares, y los recién nacidos con bajo peso fueron excluidos, por lo que no se pudo

*El tamaño de las *odds ratios* tiende a ser mayor—incluso más que el de riesgo relativo—cuando la prevalencia del suceso es alta (en este caso, 68 % de no LMC) y cuanto mayor es la diferencia entre la incidencia del suceso estudiado en expuestos y en no expuestos (40 % de no LMC entre los que tuvieron leche materna como primer alimento versus 98 % de no LMC entre los que recibieron prelácteos).

analizar la influencia de estos factores. No se pueden hacer otras comparaciones, ya que no incluimos en el análisis el hábito tabáquico y el de compartir la cama con el niño; por otro lado, los estudios mencionados sólo enfocaron factores sociodemográficos y patologías neonatales, sin observar las prácticas institucionales. Pocos estudios publicados sobre este tema utilizan técnicas de análisis multivaridos.¹⁵

La lactancia materna es un complejo proceso en el que se entrelazan factores biológicos y socioculturales, con cambios evidenciados en tendencias históricas y perfiles relativamente diferenciados entre países desarrollados y en vías de desarrollo. Al igual que otras conductas alimentarias, el comportamiento individual con relación a la lactancia, está influenciado por significaciones y valores culturales. La medicalización del parto y del puerperio, las modas de consejos profesionales y las estrategias comerciales de la industria productora de sucedáneos de la leche materna, son también determinantes a nivel social de las prácticas de lactancia materna, difíciles de valorar en estudios sobre individuos.

Analizando los aspectos metodológicos del presente estudio se encontraron fortalezas y limitaciones. Por tratarse de una muestra representativa, los datos obtenidos pueden generalizarse a los nacimientos de 1998 de la ciudad de Córdoba, considerando los criterios de inclusión definidos para la muestra, superando, en ese sentido, la escasa validez externa de la mayoría de los estudios sobre inicio del amamantamiento realizados sobre la base de sesgadas poblaciones hospitalarias. La exclusión de instituciones pequeñas que atendían en promedio menos de un parto diario se realizó para hacer más eficiente el trabajo de campo de los encuestadores, que debían hacer un registro exhaustivo de los partos y cumplir con rigurosas instrucciones para la aplicación del cuestionario a las madres. Consideramos que esta restricción no cuestiona la validez del estudio en cuanto a la representatividad de la muestra y la mejora en cuanto a la calidad de la medida de las prácticas sanitarias observadas.

Para recoger la información se pautó un tiempo mínimo de 24h posteriores al parto. Por este motivo, se perdieron 29 binomios con altas precoces, lo que podría significar algún sesgo de selección.

Los datos sobre inicio de la lactancia materna se obtuvieron siguiendo las técnicas recomendadas internacionalmente,^{20,21} condición importante para disponer de información precisa y comparable con otros estudios. Del mismo modo se consideró la normativa local vigente, acorde también a las

recomendaciones internacionales para la operaciona-
lización de las prácticas estudiadas, con el propósito de obtener información útil para un diagnóstico de la situación. Aún cuando la validez interna del estudio es cuestionada por el hecho de que algunas madres no respondan con certeza acerca de la alimentación del niño, este tipo de estudio tiene mayor precisión para evaluar la atención del parto y del puerperio que las encuestas en que se pregunta a profesionales.

La dicotomización de las variables limita, sin embargo, la potencialidad de los análisis estadísticos, que deberán profundizarse en futuras aproximaciones. Otra limitación frecuente en los estudios de este tipo es la de presentar los hechos como “exposición presente o ausente”, sin tener en cuenta aspectos cualitativos del inicio del amamantamiento (interacciones vinculares, posturas, mensajes acordados), como se señala en una revisión sobre este tema.¹⁰ Por ejemplo, en estudios experimentales, las intervenciones facilitan un contacto precoz y prolongado de la madre y el niño; en el nuestro hay mucha precisión en cuanto al tiempo transcurrido entre el parto y el primer contacto (cuando se daba al menos durante cinco minutos), pero hay heterogeneidad en la calidad del contacto, por tratarse de diferentes instituciones.

Otro aspecto que debe complementar la información que se presenta, es el análisis cualitativo de respuestas de las madres acerca de los motivos de introducción de leches artificiales, las percepciones sobre la calidad y la cantidad de leche y la valoración de ventajas y desventajas de la lactancia materna. Sin embargo, la evidente habitualidad del incumplimiento de las recomendaciones acerca de la atención del recién nacido y su variabilidad entre el ámbito sanitario público y el privado, apoyan la hipótesis de la predominancia de la rutina institucional sobre las percepciones maternas.

Los datos presentados muestran una situación crítica respecto de las recomendaciones actuales de alimentación infantil y de la normativa de atención del parto y del puerperio. Los esfuerzos realizados por implementar la IHAN en nuestra región son evidentemente insuficientes. Los servicios asistenciales deben revisar sus prácticas de atención a la madre y al recién nacido, para remover los obstáculos que ponen a la práctica de la lactancia materna. Más aún, pueden convertirse en promotores de salud poniendo en marcha intervenciones de apoyo a la lactancia materna. En América Latina se han hecho experiencias exitosas de promoción con base hospitalaria⁷ y con base comunitaria⁹ que deben servir de referencia para la planificación de actividades. Dado que la instauración de pautas aisladas no es suficiente, la IHAN constituye una propuesta trascendente como guía para

las instituciones, con importantes evidencias de su eficacia,^{6,12} proponiendo la implementación de políticas integrales con normas y pautas explícitas de promoción del amamantamiento (paso 1), con el compromiso de todo el equipo de salud y con extensión comunitaria.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que dieron su consentimiento para

ser entrevistadas y a las autoridades y el personal de las instituciones que facilitaron el acceso a las púerperas, haciendo posible este estudio; a Mariana Butinof y Jorge Pronsato, de la Fundación CLACYD, Mario Salinas, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, y Patricia Trautmann-Villalba, del *Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany*, por su asesoramiento en el diseño del estudio; y a todos los colaboradores de la Fundación CLACYD por su apoyo permanente en el trabajo.

REFERENCIAS

1. Batrouni L, Sabulsky J, Reyna S, Quiroga D. Comportamiento de la lactancia en el primer mes de vida en la ciudad de Córdoba, Argentina. Estudio CLACYD. *Arch Latinoam Nutr* 1996;46Supl 1:16-21.
2. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-400.
3. Berra S, Rajmil L, Passamonte R, Fernandez E, Sabulsky J. Premature cessation of breastfeeding in infants: development and evaluation of a predictive model in two Argentinian cohorts. The CLACYD Study, 1993-1999. *Acta Paediatr* 2001;90:544-51.
4. Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RP. Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Paediatr* 1997;86:51-6.
5. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health* 1994;30:483-9.
6. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
7. Lutter CK, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997;87:659-63.
8. Ministerio de Salud y Acción Social. *Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna: propuesta normativa perinatal*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1998.
9. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353:1226-31.
10. Perez Escamilla R, Pollit E, Lönerdall B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and effect on breast-feeding success: an analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89-97.
11. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Canahuati J, Allen H. Prolactin feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *J Nutr* 1996;126:2765-73.
12. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 2001;108:677-81.
13. Rogers IS, Emmett PM, Golding J. The incidence and duration of breast feeding. *Early Hum Dev* 1997;49:S45-S74.
14. Sabulsky J, Batrouni L, Carballo R, Reyna S, Quiroga D, Roitter H et al. Feeding in the first month of life, by social strata, in Córdoba, Argentina. *Bull Pan Am Health Organ* 1995;29:338-51.
15. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 1999;7:5-16.
16. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2001;35:409-14.
17. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
18. World Health Organization. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355:451-5.
19. World Health Organization. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva; 1998.
20. World Health Organization. *Indicators for assessing breast-feeding practices: report from an informal meeting; 1991 June 11-12; Geneva, Switzerland*. Geneva; 1991. (WHO/CDD/SER/91.14).
21. World Health Organization/UNICEF. *Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding*. Geneva; 1993.
22. World Health Organization/UNICEF. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. Geneva; 1989.