



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de  
Atención Primaria  
España

Sánchez-Ventura, J. Galbe; Gracia Torralba, L.; Metola Loza, J.; Mateo Ferrando, A.;  
Sánchez-Erce, M.; Traver Cabrera, P.

Atención a los recién nacidos en 2009 y a sus madres en un centro de salud urbano de  
Zaragoza. Oportunidades de mejora

Pediatría Atención Primaria, vol. XIV, núm. 54, abril-junio, 2012, pp. 101-106  
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638737002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

 redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Atención a los recién nacidos en 2009 y a sus madres en un centro de salud urbano de Zaragoza. Oportunidades de mejora

J. Galbe Sánchez-Ventura<sup>a</sup>, L. Gracia Torralba<sup>b</sup>, J. Metola Loza<sup>c</sup>, A. Mateo Ferrando<sup>b</sup>, M. Sánchez-Erce<sup>b</sup>, P. Traver Cabrera<sup>d</sup>

Publicado en Internet:  
05-julio-2012

José Galbe Sánchez-Ventura:  
[jgalbe@salud.aragon.es](mailto:jgalbe@salud.aragon.es)

### Resumen

**Introducción:** en los últimos años ha cambiado considerablemente la composición de la población y la procedencia de los usuarios del Centro de Salud (CS) Torrero La Paz de Zaragoza. Este trabajo pretende analizar los datos sociosanitarios y de atención de los recién nacidos y de sus madres correspondientes a la zona de salud de Torrero La Paz a lo largo del año 2009. Los autores están especialmente interesados interesados en analizar las tasas de prevalencia de lactancia materna (LM) y su evolución en el tiempo, así como su relación con otras variables. Otra cuestión es estudiar las oportunidades de mejora que se plantean a partir del análisis de estos datos y de proponer las medidas correctoras adecuadas. Finalmente, se pretende, si es posible, fijar algún criterio de calidad fácilmente mesurable que pueda servir de indicador de calidad de la atención prestada.

**Material y métodos:** se analizan los datos de la atención sanitaria recibida por 105 recién nacidos nacidos a lo largo del año 2009 y por sus madres en un CS de la ciudad de Zaragoza (España). Se estudian las tasas de LM. Se describen las oportunidades de mejora estableciendo medidas correctoras.

**Resultados:** la primera visita del recién nacido al CS se realiza a los diez días de vida de media. La tasa de LM o lactancia mixta cuando recibieron el alta del hospital fue del 85%, y del 51,9% a los seis meses de vida. En esta población se observó una tasa de cesáreas del 19,65% y el porcentaje de madres fumadoras durante el embarazo fue del 20,95%. Las madres más jóvenes y las procedentes de países en vías de desarrollo tuvieron tasas de LM superiores a las de las madres españolas. Los niños de menor peso al nacimiento y menor edad gestacional tuvieron tasas comparativamente inferiores de LM.

**Conclusiones:** se proponen medidas correctoras que se inscriben dentro del contexto de medidas denominadas CS "amigos de los niños".

### Palabras clave:

- Lactancia materna
- Atención Primaria

### Abstract

**Introducción:** in recent years has significantly changed the composition of the population and the origin of users of Torrero La Paz Health Primary Care Center of Zaragoza. This work aims to analyze the social data and attention of the RN and their mothers corresponding to area of health of Torrero La Paz and throughout the year 2009. Authors are especially interested in rates of prevalence of breastfeeding (LM), its evolution in time and its relationship with other variables. Another issue is to study the improvement opportunities that arise from the analysis of these data, as well as propose appropriate corrective measures. Finally authors pretend to set some criteria easily measurable quality which can serve as indicator of quality of care.

**Material and methods:** we analyzed data from the health care received by 105 newborns and their mothers born during the year 2009 in a primary care center in the city of Zaragoza (Spain). We studied breastfeeding rates. It describes the opportunities for improvement by establishing corrective actions.

**Results:** the first visit of newborn care to health primary care were done within 10 days of age. The percentage of breastfeeding or mixed feeding when they were discharged from the hospital was 85% and 51.9% at 6 months. In this population there was a caesarean section percentage was 19.65% and the percentage of mothers who smoke during pregnancy 20.95%. younger mothers and those from developing countries had higher rates of breastfeeding than spanish mothers. Children of lower birth weight and gestational age had comparatively lower rates of breastfeeding.

**Conclusion:** corrective measures are proposed which fall within the context of measures called Baby friendly Initiative for health primary care centers.

### Key words:

- Breastfeeding
- Primary Health Care

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha cambiado considerablemente la composición de la población y la procedencia de los usuarios del Centro de Salud (CS) Torrero La Paz de Zaragoza. Estos cambios se han producido con rapidez, haciendo que varíen también las procedencias de los recién nacidos (RN) y de sus madres, así como de los hábitos de salud respecto a la población atendida hace tan solo algunos años. Todo ello hace que los equipos de Atención Primaria (AP) deban adaptarse a la realidad cambiante de la comunidad a la que atienden. Uno de los objetivos de este trabajo es conocer la realidad sociosanitaria de los RN de nuestra zona de salud, así como la de sus madres y de la familia en general, analizando la presencia de posibles factores de riesgo. Por otra parte, esta población es objeto de programas específicos de prevención y de promoción de la salud y es importante detectar oportunidades de mejora de los mismos para implementar en su caso las oportunas medidas correctoras. Este proyecto aprovecha de forma oportunista el desarrollo de un estudio colaborativo y multicéntrico desarrollado a nivel autonómico con una amplia participación de profesionales y centros de todo Aragón titulado “Crecimiento y alimentación durante la lactancia y la primera infancia de niños aragoneses” (CALINA; Proyecto FIS PI080559 2009-2011). En este proyecto colabora el CS Torrero La Paz de Zaragoza, que recibió el sobrenombre de “CALINA”. Se solicitó a todos los padres de RN que firmasen un documento de consentimiento informado. El Proyecto CALINA cuenta, como es preceptivo, con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de Aragón (CEICA). Se analizarán tan solo parte de los datos correspondientes al CS Torrero La Paz.

Los objetivos planteados en este estudio son: a) analizar los datos sociosanitarios y de atención de los RN y de sus madres correspondientes a la zona de salud de Torrero La Paz y a lo largo del año 2009 (de estos datos interesa en particular analizar las tasas de prevalencia de lactancia materna [LM] así como su evolución en el tiempo y relación con

otras variables); b) analizar las oportunidades de mejora que se plantean a partir del análisis de estos datos; c) proponer medidas correctoras adecuadas, y d) definir, si es posible, algún criterio de calidad fácilmente mesurable que pueda servir de indicador de calidad de la atención prestada.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de diseño del estudio: estudio descriptivo. Muestra: cohorte de RN de la zona, nacidos entre febrero de 2009 y febrero de 2010. Ámbito: AP, CS urbano en Zaragoza capital.

Los datos se obtuvieron de una encuesta dirigida a los padres y madres que incluía preguntas sobre salud de los padres, situación laboral, procedencia, etnia, tipo de alimentación al alta, fecha de alta y primera visita en el CS, hábito tabáquico de la madre, edad gestacional, test de Apgar, incidencias gestacionales y perinatales, ganancia de peso gestacional, así como los datos antropométricos básicos del nacimiento. Estos datos se obtuvieron a partir del desarrollo del Proyecto CALINA que cuenta con la participación del CS Torrero La Paz.

En el momento de realizar este trabajo, los datos de prevalencia de LM a los 2, 4 y 6 meses no estaban disponibles en el protocolo del estudio CALINA, por lo que estos datos se obtuvieron directamente de las historias clínicas informatizadas (OMI<sup>®</sup>) de cada uno de los niños.

## RESULTADOS

A lo largo del periodo febrero 2009-febrero 2010 se incluyeron en el estudio CALINA 105 RN y sus madres. En 2009 nacieron en la zona de Torrero la Paz 235 RN y 258 en 2008. La distribución por sexos fue del 49,53% para las mujeres y del 50,47% para los hombres.

La edad al alta fue de 3,29 días (desviación estándar [DE]: 2,06; rango: 2-13 días). La edad de la primera visita, si se excluyen los ingresos neonatales, fue de 10,35 días (DE: 6,28; rango: 4-56 días).

El lugar de nacimiento correspondió en un 92,45% al Hospital Miguel Servet (centro de referencia), en un 3,77% al Hospital Clínico Universitario, y el resto se repartió entre las diferentes clínicas privadas de la ciudad de Zaragoza. En cuanto a la etnia de los RN, el 73% era caucásico, perteneciendo el resto a otras etnias. Respecto al control gestacional, el 98,13% de las madres contestó que este había sido correcto. El 19,63% nació por cesárea. Se utilizó fórceps en el 8,41% de los RN, y el 71,96% correspondió a partos normales.

Respecto al tipo de alimentación, así como a la evolución de las tasas de LM, mixta o artificial, respectivamente, son las que se muestran en la **Fig 1**.

En cuanto a los ingresos en la Unidad Neonatal, un 12,04% fue ingresado por diferentes motivos. El 34,91% refería incidencias gestacionales y el 17,92% perinatales. La edad gestacional media fue de 38,75 semanas (DE: 1,85; rango: 29-41 semanas). El 18% de los RN tuvo menos de 37 semanas

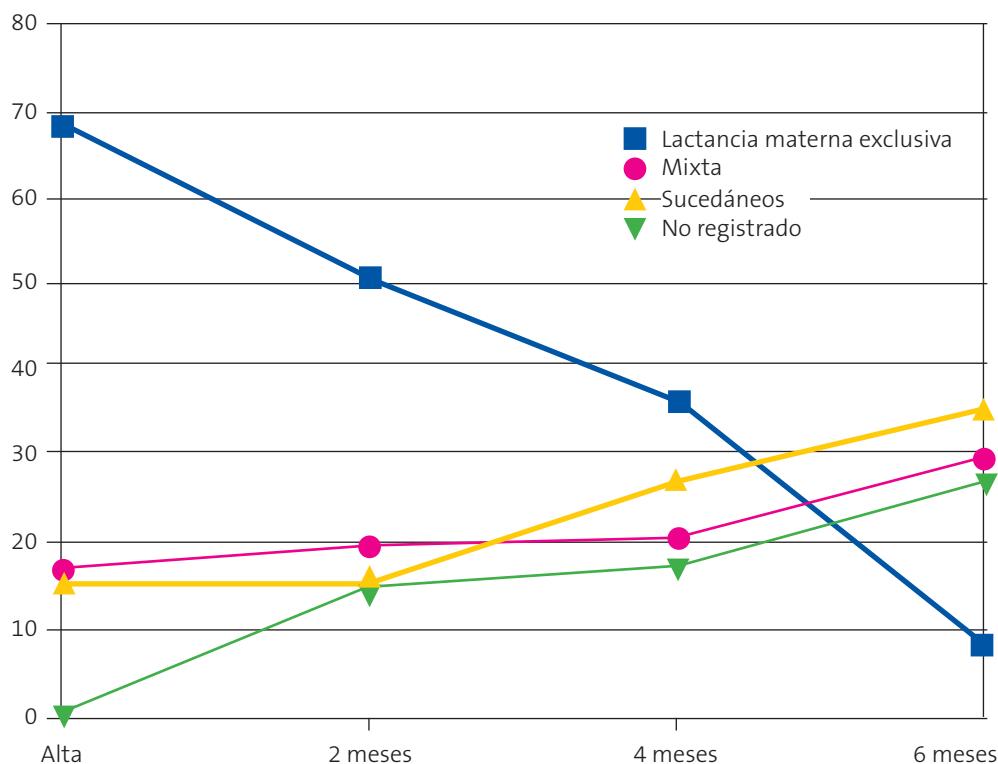
de edad gestacional y el 6,6% pesó menos de 2500 g al nacer. El test de Apgar a los cinco minutos tuvo una media de 9,66 (DE: 0,82; rango: 5-10). Las gestaciones múltiples representaron el 7,55% del total. La edad media de las madres fue de 31,95 años (DE: 5,3; rango: 19-46 años). El 20,95% de las madres fumó durante el embarazo.

En referencia al origen de las madres, el 28,97% pertenecía a países en vías de desarrollo; en el caso de los padres, este porcentaje era del 24,3%. El 69,05% de las madres refería trabajar fuera de casa.

### Contrastes de hipótesis

El peso de los RN de madres procedentes de países en desarrollo resultó ser mayor que el de los RN de madres procedentes de países desarrollados ( $t = -3,03$ ;  $p = 0,003$ ). Lo mismo ocurría respecto al peso en relación a la procedencia paterna ( $t = -2,84$ ;  $p = 0,054$ ).

**Figura 1. Evolución de la lactancia materna**



El peso de los RN de madres fumadoras resultó ser algo inferior, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $t = 1,49$ ;  $p = 0,138$ ).

No hubo diferencias significativas en el resultado del test de Apgar para madres con hábito tabáquico o sin él ( $t = 0,70$ ;  $p = 0,40$ ).

El peso al nacer de los RN que recibían LM o mixta era superior al de los que recibían sucedáneos de leche materna: 3,2 kg frente a 2,92 ( $t = -2,56$ ;  $p = 0,01$ ). De la misma forma, los niños con LM o mixta solían ser los de mayor edad gestacional: 39,1 semanas frente a 37,6 ( $t = 2,85$ ;  $p = 0,0052$ ). Las madres más jóvenes fueron las que amamantaron de forma exclusiva o parcial a sus RN con más frecuencia: 31,28 años frente a 35,5 ( $t = 286$ ;  $p = 0,0053$ ). Este efecto se mantenía cuando se tomaba como población diana solo a las madres caucásicas. La edad media de las madres que proporcionaban LM o mixta fue 30 años, frente a 35,7 años en las que proporcionaban sucedáneos de leche materna ( $t = -2,37$ ;  $p = 0,02$ ). Las madres procedentes de países pobres o en desarrollo proporcionaron LM exclusiva o parcial a sus RN con mayor frecuencia que las procedentes de países desarrollados ( $\chi^2 = 5,88$ ;  $p = 0,0153$ ). Lo mismo ocurrió respecto al país de origen del padre ( $\chi^2 = 4,21$ ;  $p = 0,04$ ).

No hubo diferencias significativas en el peso del RN en función del trabajo materno, ya sea en casa o fuera de ella ( $t = 0,31$ ;  $p = 0,75$ ), ni tampoco entre el tipo de trabajo y el test de Apgar a los cinco minutos ( $t = -0,66$ ;  $p = 0,51$ ). La relación entre test de Apgar a los cinco minutos y procedencia materna ( $t = 2,15$ ;  $p = 0,003$ ) mostró diferencias significativas, pero no así respecto al origen paterno.

Los antecedentes patológicos maternos se asociaban con una menor tasa de LM o mixta. ( $\chi^2 = 9,66$ ;  $p < 0,0019$ ). Tampoco se apreciaron diferencias significativas en el peso de los RN respecto del trabajo fuera de casa de la madre.

Respecto del índice de masa corporal (IMC) de nuestra población, la media fue 23,98 kg/m<sup>2</sup> (DE: 4,45; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 23,11-24,85; rango: 15,62-38,29). El IMC no se correlacionó con el tipo de lactancia a ninguna edad,

pero el IMC fue significativamente más alta en aquellos casos que existían antecedentes patológicos maternos ( $t = -2,79$ ;  $p = 0,0063$ ). El IMC también se correlacionó con las incidencias perinatales siendo estas más frecuentes a mayor IMC.

Tampoco hubo diferencias significativas en las tasas de LM iniciales y a los 2, 4 y 6 meses y el tipo de parto normal o cesárea.

## DISCUSIÓN

Del análisis de los datos se concluye que:

- Para esta cohorte de RN la primera visita en el CS se realiza pasados los diez días de vida.
- Existe un importante porcentaje, alrededor del 25%, de RN de madres y padres de diferentes etnias y procedentes de países en desarrollo.
- Estos últimos RN tienden a tener un mayor peso pero no difieren comparativamente en el resto de variables analizadas respecto de los niños españoles caucásicos.
- Los niños de menor peso y edad gestacional y los de mayor edad materna parecen tener una prevalencia menor de LM o mixta.
- Los niños que tienen padres o madres procedentes de países en desarrollo y aquellos cuyas madres carecen de antecedentes patológicos tienen unas mayores tasas de prevalencia de LM.
- Existe un importante porcentaje de gestantes fumadoras, en torno al 20%.
- Las madres con mayores IMC tienen con más frecuencia antecedentes patológicos perinatales así como incidencias gestacionales.

De los datos presentados podemos deducir aspectos interesantes de la crianza de los niños nacidos en nuestra zona de salud. Una primera cuestión son las tasas de LM que, aunque sin duda son mejorables, superan a las tasas de LM publicadas para nuestra comunidad<sup>1</sup>.

También nos parecen importantes las cifras de partos por cesárea, que en nuestra serie alcanzan el 19,63%. Es conocido que una mayor tasa de ce-

sáreas se asocia a tasas menores de LM<sup>2,3</sup>, por lo que sería deseable reducir el número realizando solo las estrictamente necesarias. La OMS cifra en 15% como indicador de la tasa adecuada de cesáreas y esta misma recomendación se recoge en el documento de “Atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud”<sup>4</sup>.

En nuestra serie, la primera visita al centro se realiza de forma algo tardía y pensamos que esta debería realizarse no más tarde de los siete días de vida. Sin embargo consideramos más adecuado la visita a las 48 horas tras el alta, sobre todo si existen factores de riesgo. La visita neonatal precoz se asocia a mejores tasas de LM y mejores resultados en los niños con deshidratación hipernatrémica por fracaso de la misma<sup>5</sup>.

En nuestra zona de salud existe un porcentaje importante de población no autóctona que queda reflejado en nuestros datos. Del contraste de hipótesis realizado observamos que las tasas de LM de las madres inmigrantes más jóvenes son superiores a las de la población española, y que el peso y la talla de los recién nacidos es también mayor, no habiendo encontrado otras diferencias con respecto a la población autóctona.

En nuestra serie encontramos un porcentaje de madres fumadoras en torno al 20%. Son bien conocidas los efectos secundarios del tabaco sobre la salud de las madres y de sus recién nacidos<sup>6,7</sup> y nos parece poco cualquier esfuerzo que se pueda realizar en AP para disminuir este porcentaje. Es conocida la eficacia del consejo breve antitabaco realizado en AP.

El IMC de las madres guarda correlación estadística con las incidencias gestacionales, diabetes, etc., pero no así con las tasas de LM.

Es importante señalar también las menores tasas de LM a menor peso y edad gestacional, aun a pesar de no haber grandes prematuros en nuestra serie. Se sabe que estos niños tienen una mayor morbilidad y los beneficios de la LM son todavía mayores en ellos, por lo que se debería hacer un esfuerzo adicional para conseguir mejores tasas de LM en estos niños<sup>8,9</sup>.

## Oportunidades de mejora

- Proporcionar información sobre LM tanto a las madres y a las familias como a las mujeres que planeen quedarse embarazadas en cualquier modalidad de consulta que pueda realizarse en AP. Con esta información, se pretende ayudar a tomar una decisión informada y libre de presiones comerciales.
- Promocionar la LM exclusiva durante los primeros seis meses. Promocionar la LM hasta los dos años tras la correcta introducción de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- Promoción de la LM en las consultas de AP de forma oportunista y en el proceso de preparación al parto. Se propone la implantación de un grupo de apoyo a la LM como medida de promoción claramente eficaz.
- Disponer de una estrategia de formación del personal del centro sobre LM.
- Disponer de un documento sobre lactancia y alimentación escrito y actualizado para su uso por parte de todo el personal del centro. Promover su uso y conocimiento por parte de todo el personal del CS.
- Asignación de primera cita al RN en el CS en las primeras 72 horas tras el alta en la maternidad, con independencia de los trámites burocráticos pertinentes.
- Cumplir estrictamente la normativa sobre publicidad de productos sucedáneos de leche materna.
- Promover el uso de la LM simultánea en procedimientos dolorosos como punción del talón, inserción de pendientes, etc.
- Promover el uso de las gráficas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para el seguimiento de lactantes en general y con LM en particular.
- Promover el uso de recursos electrónicos con base en la web para obtener información sobre fármacos y LM (por ejemplo [www.e-lactancia.org/](http://www.e-lactancia.org/)).

- Anamnesis y consejo antitabaco a lo largo del embarazo en las consultas de AP de forma oportunista y en el proceso de preparación al parto.
- Derivación a su médico y/o enfermera de AP para iniciar proceso de deshabituación tabáquica si se considera indicado.
- Proporcionar consejo sobre hábitos nutricionales saludables a lo largo de todo el proceso: embarazo, periparto y lactancia.
- Indicadores de calidad propuestos: a) edad del RN en la primera visita en AP; b) porcentaje de RN con LM exclusiva en la primera visita en AP; c) porcentaje de RN con LM mixta en la primera visita en AP; d) porcentaje de niños con LM exclusiva a los 2, 4 y 6 meses de edad; e) porcentaje de madres fumadoras en la primera visita en AP, y f) porcentaje de madres que asisten o

han asistido durante el primer mes de vida del RN a un grupo de apoyo a la LM vinculado con el equipo de AP (registrarlo en la visita del primer mes).

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**AP:** Atención Primaria • **CALINA:** Crecimiento y alimentación durante la lactancia y la primera infancia de niños aragoneses • **CEICA:** Comité de Ética e Investigación de Aragón • **CS:** centro de salud • **DE:** desviación estándar • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **IMC:** índice de masa corporal • **LM:** lactancia materna • **RN:** recién nacido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo CS-IHAN, Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Argüelles-Cañedo C, Martínez-Herrera Merino B, et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:513-29.
2. Montañés Cuestas A, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. *Evid Pediatr*. 2011;7:15.
3. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernández Aguilar MT; Comité de Lactancia Materna de la AEP. Influencia de la Atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid Pediatr*. 2011;7:2.
4. Observatorio de la Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Atención al Parto Normal. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
5. Grupo NIDCAP y Grupo Previnfad. Cuidados desde el Nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y en buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
6. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub3.
7. Galbe Sánchez-Ventura J, Córdoba García R, García Sánchez N. Prevención del tabaquismo activo y pasivo en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11 (Supl 17):s359-s369.
8. Pallás Alonso C; Grupo Previnfad. Promoción de la lactancia materna. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [actualizado marzo de 2010] [consultado el 28/07/2011]. Disponible en [www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm](http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm)
9. Pallás Alonso C. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [actualizado marzo de 2010] [consultado el 28/07/2011]. Disponible en [www.aepap.org/previnfad/menor32-1500.htm](http://www.aepap.org/previnfad/menor32-1500.htm)