

ARTICULOS DE INVESTIGACIÓN

Prácticas al momento de la ablactación en Chitré, Herrera.

[Practices at the time of weaning in Chitré, Herrera]

Licda. Denise J. Maguire¹, Licda. Constance F. Visovsky², Licda. Ivonne Hernández³, Licda. Linnette Palacios⁴, Licda. Andrea Huerta⁵, Dr. Humberto López Castillo⁶

¹Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, University of South Florida (USF); Tampa, La Florida. Estados Unidos. ²Profesora, Facultad de Enfermería, USF; Tampa, La Florida. Estados Unidos. ³Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, USF; Tampa, La Florida. Estados Unidos. ⁴Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Centro Regional Universitario de Azuero, Universidad de Panamá; Chitré, Herrera. ⁵Enfermera Clínica, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Tampa General Hospital; Tampa, La Florida. Estados Unidos. ⁶Profesor Asistente, Facultad de Ciencias y Profesiones de la Salud, Centro Académico para las Ciencias de la Salud, University of Central Florida; Orlando, La Florida. Estados Unidos.

Correspondencia: Denise J. Maguire. Correo electrónico: dmaguire@health.usf.edu**Recibido:** 30 de agosto, 2019**Aceptado:** 10 de marzo, 2020**Publicado:** 15 de octubre, 2020

Cita: Maguire DJ, et. al (2020), Prácticas al momento de la ablactación en Chitré, Herrera. DOI: [10.37980/im.journal.rspp2019.1589](https://doi.org/10.37980/im.journal.rspp2019.1589)

Palabras clave: ablactación, lactantes, Panamá, autoeficacia

Keywords: weaning, infants, Panama, self-efficacy

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción para otros usos.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Disponibilidad de datos: Contactar al autor corresponsal para disponibilidad de datos.

Financiamiento: Los autores no declaran fuentes externas de financiamiento asociados a este trabajo.

Resumen

Introducción: Durante los años 90 en Panamá, un programa patrocinado por los EE. UU. llevo a cabo la Iniciativa para los Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) como guía para educar a los profesionales clínicos, al público y a las mujeres en edad reproductiva sobre los beneficios de la lactancia materna. Como resultado, Panamá tiene actualmente la mayor proporción de mujeres que ofrece el pecho materno dentro de la primera hora de vida (89.9%), pero una de las menores tasas en la región de alimentación exclusiva al pecho materno hasta los 6 meses de edad. Este estudio explora la relación entre las practicas alrededor del periodo de ablactación y la historia nutricional del lactante en mujeres panameñas con un niño de hasta 1 año de edad utilizando un diseño transversal. **Materiales y Métodos:** Se invito una muestra por conveniencia de 35 binomios madre-hijo en dos Centros de Salud de Chitré, Herrera. Las mujeres que consintieron participar en el estudio completaron la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna, Formulario Corto (BSES-SF) y se compararon las medidas antropométricas del niño utilizando los nomogramas de los CDC. **Resultados:** Los puntajes del BSES-SF variaron entre 29 y 56 (media=44.2, DE=7.9) puntos. Siete lactantes fueron considerados a riesgo para retraso en el Desarrollo; 40% estuvieron a riesgo de talla baja y 2 estuvieron a riesgo de sobrepeso. **Conclusión:** A pesar de que Panamá duplicó su cantidad de IHAN a 16%, muchos lactantes continúan a riesgo nutricional.

Abstract

Introduction: In the 1990's, a U.S. sponsored program ran a campaign using the Baby-Friendly Hospital Initiatives (BFHI) as a guide to educate clinical professionals, the public, and women of child-bearing age in Panama about the benefits of breastfeeding. As a result, Panama has the highest proportion of women who breastfeed in the first hour of life (89.9%), but one of the lowest rates for breastfeeding at 6 months (UNICEF, 2014). This study explores the relationship between breastfeeding practices and infant nutritional history in Panamanian women with a child up to 1 year of age using a cross-sectional design. **Materials and Methods:** A convenience sample of 35 mother/baby dyads was recruited from two public health centers in the Azuero region of Panamá. Women who consented completed the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Short Form (BSES-SF)*, eight items from the *Baby's Feeding and Health (BFH)* instrument; and infant measurements were evaluated using the Centers for Disease Control standardized growth charts. **Results:** *Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Short Form* scores ranged from 29 to 56 (mean = 44.2, SD = 7.9). Seven infants were at risk for developmental delay; 40% were at risk for short stature; 2 were at risk for overweight. **Conclusion:** Even though Panama has doubled its rate of Baby Friendly Hospitals to 16%, many infants remain at nutritional risk.

Introducción

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida se considera óptima y, a nivel mundial, 44% de los lactantes se alimentan exclusivamente al pecho materno durante los primeros seis meses de vida.¹ Para mejorar esta cobertura, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) lanzaron en 1991 la Iniciativa para Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) para alentar y reconocer los centros materno-infantiles que implementan pasos definidos para ayudar a las nuevas madres a iniciar y mantener la lactancia materna.² En Panamá, durante los años noventa y con el patrocinio del gobierno de los Estados Unidos (EEUU), se llevó a cabo una campaña con el modelo IHAN para educar a los profesionales de la salud, al público en general y a las mujeres en edad reproductiva sobre los beneficios de la lactancia materna. Este fue un programa exitoso que colocó a Panamá entre los países con mayor proporción de mujeres que proveen leche materna durante la primera hora de vida (89.9%).³ Como en muchos otros países, la fórmula infantil es el sustituto más común a la leche materna antes de los 6 meses de edad.

Sin embargo, Panamá tiene la menor proporción de lactancia materna exclusiva hasta los cinco meses de edad (44.5%).³ A pesar de que la mayoría de las panameñas inician la lactancia materna durante la primera hora de vida del recién nacido, sólo el 25% sigue alimentando al lactante exclusivamente al pecho a los 6 meses de edad.⁴ En Panamá, es común que las nuevas madres aprendan sobre la lactancia materna por primera vez luego del parto hospitalario y luego a través de materiales educativos mostrados en las clínicas y preparados usualmente por estudiantes y personal de enfermería. A su vez, la falta de estas fuentes de información luego del alta hospitalaria podría contribuir con una cesación temprana de la lactancia materna. A pesar de que Panamá prácticamente ha duplicado el número de hospitales con la designación IHAN de 9% (3/32) en 1996-1997 a 16% (5/32) en 2010-2012,² esta proporción sigue siendo relativamente baja.

Luego de una década de participar en distintos programas clínicos con estudiantes de enfermería en centros de atención primaria en Chitré, Herrera, observamos una proporción elevada de lactantes obesos quienes reciben jugos de fruta azucarados. Como parte de la evaluación comunitaria, los estudiantes de enfermería de University of South Florida (USF) han realizado visitas y encuestas formativas en las tiendas de abarrotes locales, en donde encontramos una mayor disponibilidad de arroz, tubérculos ricos en almidón (papa, yuca, ñame, otoo, etc.), panes y dulces, y una menor proporción de alternativas frescas como frutas y vegetales. Las tiendas de abarrotes (también llamadas tiendas, abarroterías, o pulperías) son espacios públicos que reemplazan al mercado urbano y se encargan del abastecimiento de productos de primera necesidad.⁵

Por otra parte, las comidas tanto caseras como en la calle, típicamente incluyen frituras de la proteína o de los carbohidratos con una cantidad de arroz que sobrepasa la porción recomendada (90 g para el adulto, aproximadamente media taza). Es común observar sodas y jugos de fruta azucarados como bebidas que acompañan los alimentos. Estas prácticas dietéticas se han descrito en asociación con la obesidad, la cual, a su vez, es un factor de riesgo para la diabetes y la enfermedad cardiovascular en el adulto. En Panamá, la enfermedad cardiovascular y la diabetes y condiciones asociadas en conjunto representan la primera causa de muerte en la población general, con más de 91.8 años perdidos por muerte prematura por cada 100,000 habitantes.⁶ Las tasas de obesidad se reportan en el orden de 30% en mujeres, con mayor riesgo entre las mujeres que habitan áreas urbanas, que consumen bebidas y alimentos ricos en azúcares y que llevan un estilo de vida sedentario.⁷ En la infancia, la obesidad se define como un índice de masa corporal (IMC) para la edad por encima del percentil 95 en los nomogramas de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE. UU.⁸ o por encima de 3 desviaciones estándares (puntaje z) en el nomograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁹ Utilizando el índice de masa corporal (IMC) para la edad, se estimó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años en Panamá¹⁰ en el 2008 era del 11.3% mientras que en la región latinoamericana la prevalencia varía entre 4.8% (Colombia, 2010) y 11.7% (Paraguay, 2012) cuando se utiliza el puntaje z de la OMS.¹¹

Con base en la experiencia clínica observada a lo largo de los años, nos preguntamos si las tasas de lactancia materna disminuyen antes de los 6 meses en los lactantes menores y si se introduce tanto fórmula como otros alimentos (especialmente azúcares refinadas en forma de dulce o jugos) en la dieta del lactante menor. Esta pregunta de investigación surge habida cuenta de las consecuencias descritas en la edad adulta y cuyas causas inician desde la infancia temprana.

Justificamos la importancia de este estudio por tres razones principales. Primero, la obesidad es una prioridad en la salud nacional y que se origina en parte desde la infancia temprana en relación con las prácticas de lactancia materna. Es posible que la introducción temprana de sucedáneos de la leche materna aumente el riesgo de la mala nutrición y obesidad. Segundo, el embarazo en adolescentes es otro problema de salud nacional.¹² No existe un programa nacional de salud sexual y reproductiva en las escuelas para la prevención del embarazo en adolescentes y, en consecuencia, uno de cada cuatro embarazos en Panamá ocurre en menores de 18 años. Finalmente, sabemos que el personal de enfermería basa sus prácticas en tradiciones orales, con limitaciones en la implementación de las prácticas basadas en evidencia.¹³ De hecho, las enseñanzas a los estudiantes de enfermería no incorporan las prácticas basadas en la evidencia como componente curricular.¹³ En consecuencia, la evidencia sobre los

factores de riesgo para la obesidad y los elementos de una dieta saludable desde la infancia temprana no forman parte del currículo de enfermería. Y es precisamente el personal de enfermería quien se involucra en la orientación a las madres que lactan por primera vez.

Este estudio, entonces, tiene el propósito de explorar la relación entre las prácticas de lactancia materna, la historia nutricional de los lactantes menores y las actitudes de la madre hacia la lactancia materna en Chitré.

Materiales y métodos

Diseño

Este es un estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal llevado a cabo durante la segunda mitad de junio de 2017.

Participantes

Los participantes elegibles para el estudio fueron mujeres en edad reproductiva que pudieran consentir/asentir su participación en el estudio (entre 12 y 45 años de edad) quienes daban lactancia materna activa durante el control de salud con enfermería, pediatría o estimulación temprana para su lactante menor de un año. Las madres debían hablar español. Se excluyeron binomios madre-lactante que no estuvieran dentro del rango de edad, que no estuvieran lactando activamente o que no consintieran/asintieran participar en el estudio.

Debido a la naturaleza exploratoria del estudio, la muestra se seleccionó a través de una cuota secuencial por conveniencia de 35 binomios madre-lactante reclutados durante el período del estudio en dos Centros de Salud de la provincia de Herrera. Para fines exploratorios, se consideró que esta cantidad representaba adecuadamente a la población que asistía a los Centros de Salud del distrito de Chitré durante el período del estudio.

Sitio del Estudio

La recolección de datos se llevó a cabo en dos Centros de Salud del distrito de Chitré. Estos Centros de Salud tienen un flujo de pacientes adecuado, con al menos 30 cupos diarios para control de salud del lactante menor de lunes a viernes entre las 07:00 y 12:00 horas. Las madres se reportan en la recepción, esperan a ser llamadas para la toma de peso y talla, y luego esperan entre 30 y 90 minutos para su control de salud con enfermería, pediatría y/o estimulación temprana. Durante esta espera, el equipo de investigación presentó el estudio e invitó a las madres a participar.

Aspectos Bioéticos

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por la Universidad de Panamá y el Ministerio de Salud en Chitré, Herrera (177-DM-RSH). Las madres menores de edad recibieron consentimiento por uno de sus padres o tutores legales y proveyeron asentimiento informado por sí mismas. Las ma-

dres mayores de edad proveyeron consentimiento para sí mismas y para su lactante.

Los formularios de consentimiento informado y todos los instrumentos de recolección de datos se presentaron en español. El equipo de investigación presentó el estudio al personal del Centro de Salud, quienes referían a participantes potenciales. De ser elegibles y mostrar interés en el estudio, el personal presentaba el consentimiento informado a las madres en un espacio privado.

Al completar el estudio, la madre recibió una pequeña muestra de agradecimiento por su participación: un champú para bebés con un valor aproximado de 3.00 PAB (1 PAB = 1 USD).

Procedimientos

Para proteger la identidad de los participantes, una vez que se recibía el consentimiento o asentimiento—según fuera el caso—se asignaba un código a cada binomio madre-lactante.

El personal del estudio capturaba las medidas antropométricas de peso, talla y perímetro cefálico del expediente clínico. Luego, las madres completaban los instrumentos para la recolección de datos, los cuales les fueron leídos y las respuestas introducidas directamente en una tableta con el software Research Electronic Data Capture (REDCap^{MR}, Vanderbilt University; Nashville, TN). Al final de cada día, el equipo de investigación revisaba las respuestas a los instrumentos para correr control de calidad y verificar que las respuestas estuvieran completas y dentro de rangos válidos. Al cierre de la recolección de datos, la base de datos cruda fue exportada, limpiada y analizada en SPSS (IBM Corporation; Armonk, NY).

Instrumentos

Datos demográficos. Se recolectaron a través de un instrumento que capturaba datos de la madre y del lactante. Para las madres, se incluyó la edad, nivel educativo, estado conyugal. Para los lactantes se incluyó la fecha de nacimiento y el sexo.

Datos antropométricos. La talla, peso y perímetro cefálico de los lactantes se recolectó del expediente y posteriormente se evaluó contra las tablas normalizadas para lactantes según edad y sexo de los CDC de los EE. UU. Se seleccionaron estas medidas, ya que para fines de investigación con lactantes que no se alimentan exclusivamente al pecho materno se prefieren las tablas de los CDC.¹⁴

Los lactantes por debajo del percentil 2 de peso o la talla para la edad se consideraron como bajo peso o baja talla, respectivamente. Aquellos lactantes por encima del percentil 98 de peso para la talla se consideraron sobrepeso.

Escala de Autoeficacia para la Lactancia, Formulario Cor-

to (BSES-SF, por sus siglas en inglés).¹⁵ Se trata de un instru-

mento unidimensional de 14 ítems que mide la autoeficacia de la madre para la lactancia con preguntas sobre la producción de leche, la lactancia exclusiva, el uso de fórmula, el apego y la saciedad del lactante y la voluntad de dar pecho, inclusive en público. Los puntajes se suman para un total entre 14 y 70 y a mayor puntaje, mayor autoeficacia en la lactancia materna. Las preguntas (por ejemplo: *Dar el pecho es siempre una experiencia satisfactoria para mí*) se responden en una escala tipo Likert donde 1 corresponde a nunca y 5 corresponde a siempre.

Se ha demostrado que las mujeres con mayores puntajes del BSES-SF una semana posparto tenían una tasa significativamente ($p < 0.001$) mayor de lactancia exclusiva a las 4 semanas posparto.¹⁵ A su vez, se ha demostrado que con mejor autoeficacia para la lactancia se consigue una conducta alimentaria futura óptima. El BSES-SF se ha utilizado en distintas comunidades a nivel mundial y ha sido traducido a varios idiomas, incluyendo el español,¹⁶⁻¹⁸ y se correlaciona significativamente con los puntajes del BSES original de 31 ítems¹⁹ a las semanas 1 ($r = 0.99$; $p < .001$), 4 ($r = 0.99$; $p < .001$), y 8 ($r = 0.99$; $p < .001$) posparto.¹⁵ Para la versión en español, el alfa de Cronbach para la consistencia interna fue de 0.92 y se verificó que corresponde a un instrumento unidimensional.²⁰

Análisis Estadísticos

Los análisis estadísticos incluyen estadísticas descriptivas (frecuencias, medias, rangos y desviaciones estándares [DE]) y la correlación del BSES-SF con las medidas antropométricas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r).

Resultados

En promedio, se matricularon 5 binomios madre-lactante cada día y la recolección de datos ocurrió primariamente en un Centro de Salud (34 binomios), con 2 binomios reclutados en un segundo Centro. Se abordó un total de 36 madres y todas consintieron participar. Se descartaron los datos de una participante debido a que su formulario de consentimiento informado estaba incompleto, por lo cual los análisis se basan en 35 binomios madre-lactante. La Tabla 1 resume los datos demográficos y antropométricos de la muestra estudiada.

La edad (DE) de las madres era 25 (5.3) años y solo una madre de 16.4 años era menor de edad. A excepción de la participante adolescente, el resto de las madres (97%) habían completado la educación secundaria. Quince (43%) participantes eran primíparas y 17 (51%) reportaron lactancia materna exclusiva. La mayoría de las participantes (26) vivían con su pareja o esposo. La mayoría de las madres (23) había recibido información sobre la lactancia en el hospital al momento del parto y 34 (97%) reportaron haber ofrecido lactancia materna en el hospital después del parto. La mayoría de las participantes (29) reportó ofrecer lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento. Sólo una madre reportó haber recibido un número de teléfono para

Tabla 1. Datos demográficos y antropométricos de los participantes.

A. Características de la madre (N =35)	
Edad, años	
Media (desviación estándar)	25 (5.3)
Rango (mín, máx)	16.4, 38.2
Frecuencia que, n (%)	
Completó la secundaria o más allá	34 (97%)
Era primípara	15 (43%)
Ofreció lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	17 (49%)
Vive en pareja	26 (74%)
B. Características del lactante (N =35)	
Edad, meses	
Media (desviación estándar)	3.1 (3.1)
Rango (mínimo, máximo)	0.5, 11
Frecuencia de, n (%)	
Niñas	18 (51%)
Niños	17 (49%)
Menores de 6 meses	27 (77%)

llamar en caso de necesitar ayuda con la lactancia materna. Otra participante reportó haber recibido una canasta con fórmula durante su hospitalización para la labor y el parto. Ninguna madre recibió extractores de leche a su salida del hospital, incluyendo la única participante que tuvo un bebé prematuro.

La edad media (DE) de los lactantes fue 3.1 (3.1) meses y 18 (51%) eran femeninos. Cinco lactantes (14%) recibieron fórmula en el hospital y uno recibió succión no nutritiva. Siete lactantes tenían menos de un mes de edad. De los 27 lactantes menores de 6 meses al momento de la encuesta, las madres reportan que 10 de ellos ya habían recibido alimentos adicionales a la leche materna—la mayoría de los cuales reportaba fórmula. Se reportó que la mayoría de los 8 lactantes mayores de 6 meses de edad recibió sólidos a los 6 meses de edad, entre los cuales se ofrecía sopa, fruta, carne o pollo. Tres de estos lactantes recibían rutinariamente jugo de frutas y otros dos recibían dulces. Un lactante de 11 meses recibía sodas.

En cuanto a las medidas antropométricas, 14 lactantes (40%) estaban por encima del percentil 95 de peso para la edad. De estos, solo dos se alimentaron exclusivamente al pecho materno a la fecha (un lactante de 2 meses) o hasta cumplir los 6 meses (un lactante de 11 meses). Según la interpretación de los CDC del peso para la talla, nueve (26%) lactantes estaban en sobrepeso. De éstos, 6 recibían lactancia materna exclusiva (edad media 1.7 meses, rango 1-2 meses) y 3 recibían suplementos con fórmula (edad media 4.8 meses, ran-

Tabla 2. Frecuencias de respuestas típicas al cuestionario de alimentación y salud del bebe.

Ítem	Frecuencia (N=35)	
	n	%
Ofreció sopas, frutas, carnes o pollo después de los 6 meses de edad	35	100
Dio pecho durante la hospitalización por el parto	34	97
Dio pecho dentro de la primera hora luego del parto	29	83
Ofreció de comer algo adicional a la leche maternal antes de los 6 meses de edad	27	37
Recibió información sobre la lactancia maternal en el hospital	23	66
Ofreció algo adicional a la leche materna antes del primer mes de edad	7	26
Ofreció fórmula en el hospital	5	14
Ofreció jugo de frutas después de los 6 meses de edad	3	9
Ofreció golosinas después de los 6 meses de edad	2	6
Ofreció chupete después de los 6 meses de edad	1	3
Ofreció sodas después de los 6 meses de edad	1	3
Ofreció batatas después de los 6 meses	1	3

go 2 semanas-10 meses). Siete lactantes tenían un perímetro cefálico por debajo del percentil 5 para la edad, dos de los cuales (de 7 y 10 meses) recibían lactancia materna parcial. Cuatro lactantes tenían un perímetro cefálico por encima del percentil 95 para la edad, tres de los cuales tenían 2 meses de edad o menos y recibían lactancia materna exclusiva. Adicionalmente, 14 lactantes estaban a riesgo de talla baja, con igual distribución entre los que recibían lactancia materna exclusiva y los que no. Sólo 4 de estos lactantes eran mayores de 6 meses de edad. Seis lactantes estaban a riesgo de bajo peso, cinco de los cuales tenían menos de 1 mes de edad. Sólo 2 lactantes de 2 y 4 meses estaban a riesgo de sobrepeso, distribuidos equitativamente entre lactancia materna exclusiva y parcial.

El puntaje promedio (DE) del BSES-SF fue 44.2 (7.9), con un rango entre 29 y 56 puntos. La correlación entre los puntajes del BSES-SF y las variables antropométricas (a saber, peso, talla y perímetro cefálico) no fue estadísticamente significativa.

Discusión

La mayoría de los lactantes en este estudio tenía menos de 6 meses cuando se suplementó la lactancia materna con fórmula, en concordancia con la literatura. Sin embargo, este patrón de alimentación no se alinea con recomendaciones de sociedades científicas y profesionales en materia pediátrica, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Europea de Pediatría (EPA, por sus siglas en inglés), la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Panameña de Pediatría (SPP). Estas sociedades concuerdan en recomendar lactancia materna exclusiva al menos hasta los 6 meses de edad.

En esta muestra, la lactancia materna exclusiva se pudo ver impactada por la información relativamente tardía sobre lactancia materna, la cual sólo se provee luego del parto y, al menos en un caso, se ve en un conflicto potencial cuando la madre recibe canastas con fórmula dentro del hospital.

En cuanto a los alimentos sólidos, la mayoría de los lactantes no recibió sólidos sino hasta después de los 6 meses de edad. Estos sólidos incluyeron fruta y dulces.

Cuando las madres trabajan fuera de casa, usualmente el cuidado de los niños recayó en familiares. Ninguna madre reportó utilizar extractores de leche. En cuanto al almacenamiento de la leche materna, también se debe considerar que las participantes procedían de áreas donde es posible que no existan las condiciones para el almacenamiento adecuado en el hogar. Además, encontramos un desconocimiento de por qué la leche materna es mejor, lo cual también contribuye con las bajas tasas de lactancia materna exclusiva a los 6 meses. No existen programas educativos sobre la lactancia materna antes del parto o después del alta hospitalaria, lo cual contribuye con bajas tasas de lactancia en el hospital y luego de reincorporarse al trabajo fuera de casa.

En América Latina y el Caribe, la participación de las mujeres en la fuerza laboral ha aumentado y es mayor entre las mujeres en edad reproductiva, quienes también comparten la mayor carga en los cuidados del niño y del hogar. Regresar al trabajo luego de la licencia por maternidad y mantener la lactancia materna exclusiva es una tarea difícil. En Panamá, las madres regresan al trabajo entre 2 y 3 meses luego del parto, lo cual deja en estado de mayor vulnerabilidad los últimos meses del período recomendado para la lactancia materna exclusiva. Se deduce entonces que es fundamental establecer un programa educativo y de apoyo a la madre trabajadora para que continúe la lactancia materna.

En la muestra estudiada, ninguna de las mujeres reportó utilizar un extractor de leche. Todas las madres con un puntaje menor a 52 en el BSES-SF proveían lactancia materna parcial. Estas participantes reportaron poca confianza en su habilidad para dar pecho y a menudo tenían dudas si el lactante

recibía suficiente leche. Es más probable que una mujer suplemente la lactancia con fórmula cuando tiene dudas sobre su producción de leche o si siente que el lactante no gana suficiente peso. Además, los familiares tienden a recomendar la suplementación con fórmula, contrario a la práctica más tradicional de que los familiares solían ser quienes apoyaban la lactancia materna. Por ende, una introducción más temprana de la lactancia materna para la madre y la familia puede ayudar a promover mayores tasas de lactancia materna exclusiva. Grupos como La Liga de la Leche y consejeros locales sobre lactancia también pueden ayudar a las madres a dar pecho mucho más tiempo y disminuir las alimentaciones suplementarias con fórmula y la introducción temprana de sólidos.

Se debe resaltar que, en las medidas tanto de peso para la talla como de peso para la edad, 40% de los lactantes estaba en sobrepeso. En Panamá es común ofrecer jugos y bebidas de frutas a los lactantes menores y mayores, lo cual pone de manifiesto la necesidad de intervenciones preventivas en esta población. Tales intervenciones deben incluir prácticas de alimentación y cuidado dental. La mayoría de los lactantes por debajo del peso esperado para la talla tenían menos de 4 meses de edad. La adición de sólidos a la dieta del lactante no explica este hallazgo en una muestra tan pequeña. Una posible explicación es la falta de precisión en la antropometría de lactantes muy activos, en los cuales una desviación pequeña en la medida antropométrica puede representar una gran diferencia en los resultados de las curvas de crecimiento. Por otra parte, los lactantes con un bajo peso y perímetro cefálico están a riesgo de retraso en el desarrollo, el cual se asocia grandemente con un estado nutricional pobre.

Este estudio reiteró la poca frecuencia de lactancia materna exclusiva y prácticas nutricionales inadecuadas en una muestra de madres jóvenes en el interior de Panamá. Estos hallazgos representan riesgos importantes para el lactante que se pueden mitigar a través de intervenciones educativas y de apoyo a la lactancia materna.

Las limitaciones del estudio incluyen el tamaño relativamente pequeño de la muestra y el uso de una muestra por conveniencia. Además, el estudio no incluyó datos antropométricos de la madre y del padre de los lactantes, los cuales se correlacionan.

Por otra parte, cabe resaltar que todas las madres abordadas para participar en el estudio aceptaron participar.

Conclusiones e implicaciones para la práctica clínica

Los hallazgos de este estudio exploratorio tienen implicaciones importantes para las prácticas de lactancia materna en Chitré. Primero, el personal hospitalario tiene la capacidad de proveer apoyo y consejería necesarios para que las madres provean la nutrición óptima para el lactante según las

recomendaciones actuales. En esta muestra, identificamos que las madres con menor puntaje del BFSE-SF suplementaban la alimentación del lactante con fórmula a una edad más temprana. La suplementación temprana puede llevar a la cesación de la lactancia materna y no provee los beneficios logrados en dosis-respuesta con la lactancia materna exclusiva durante 6 meses tanto para el lactante como para la madre.²¹ El uso del BFSE-SF como parte de las visitas al binomio madre-lactante puede identificar a las mujeres que necesitan mayor apoyo y consejería durante la lactancia y, así, evitar la introducción innecesaria de fórmula. Mejorar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es crítico para apoyar la nutrición óptima del lactante.²² En esta muestra, la mayoría de las madres no proveían lactancia materna exclusiva, suplementando con fórmula antes de que el lactante cumpliera 6 meses. Este hallazgo es similar a publicaciones que colocan a Panamá entre los países latinoamericanos con menores tasas de lactancia materna exclusiva.³

Una intervención con potencial para prevenir la suplementación innecesaria con fórmula puede empezar con la educación sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna mucho más temprano, en el periodo prenatal, e incorporar el BFSE-SF como herramienta de cribado durante las visitas rutinarias del recién nacido. Las madres con puntajes bajos recibirían consejería adicional y apoyo a la lactancia con personal entrenado en los centros de atención primaria. Adicionalmente, los hospitales no deben proveer muestras de fórmulas a las madres para promover la lactancia materna exclusiva sostenida en Panamá. La promoción de la IHAN es crítica para alcanzar este logro, habida cuenta que en Panamá solo 16% de los hospitales maternoinfantiles tienen la designación de Amigos de los Niños, lo cual tiene el potencial de mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva.²³ A pesar de que Panamá ha duplicado la cantidad de hospitales dentro de la IHAN, más del 80% de los hospitales todavía no llegan a esta designación.

Reconocimientos

Este estudio fue patrocinado a través de una subvención para la investigación de la Facultad de Enfermería de University of South Florida.

Referencias

1. Global Breastfeeding Collective. Global Breastfeeding Scorecard, 2017: Tracking Progress for Breastfeeding Policies and Programmes. 2017. Retrieved from <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>
2. Lobbok MH. Global baby-friendly hospital initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med.* 2012;7:210-222. doi: 10.1089/bfm.2012.0066.
3. Colombara DV, Hernandez B, Gagnier MC et al. Breastfeeding practices among poor women in Mesoamerica. *J Nutr.* 2015;145(8):1958-1965. doi: 10.3945/jn.115.213736

4. UNICEF. Country Profile: Panama. March 2012. Retrieved from https://data.unicef.org/wpcontent/uploads/country_profiles/Panama/Maternal_PAN.pdf
5. Castellero Calvo A. Cultura alimentaria y globalización, Panamá, Siglos XV-XXI. Tareas. 2010;135:121-134.
6. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de País: Panamá. 2016. Retrieved from http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/indicadores_basicos_de_salud_2016.pdf
7. Mc Donald A, Bradshaw RA, Fontes F et al. Prevalence of obesity in Panama: Some risk factors and associated diseases. *BMC Public Health*. 2015;15:1075. doi: 10.1186/s12889-015-2397-7.
8. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Guo SS et al. 2000 CDC Growth Charts for the United States: methods and development. *Vital Health Stat*. 2002;246:1-190.
9. World Health Organization. *WHO child growth standards: height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva, Switzerland: WHO; 2006.
10. Galicia L, Grajeda R, de Romaña DL. Nutrition situation in Latin America and the Caribbean: Current scenario, past trends, and data gaps. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(2):104-113.
11. Corvalán C, Garmendia ML, Jones-Smith J et al. Nutrition status of children in Latin America. *Obes Rev*. 2017;18 Suppl 2:7-18. doi: 10.1111/obr.12571.
12. Estrada F, Suárez-López L, Hubert C, Allen-Leigh B, Campero L, Cruz-Jimenez L. Factors associated with pregnancy desire among adolescent women in five Latin American countries: A multilevel analysis. *BJOG*. 2018;125(10):1330-1336. doi: 10.1111/1471-0528.15313.
13. Visovsky C, Maguire DJ, Zambroski C, Palacios L. Bringing evidence-based practice to Latin America: Transforming nursing education and practice. *J Contin Educ Nurs*. 2017;48(11):512-516. doi: 10.3928/00220124-20171017-09.
14. Grummer-Strawn LM, Reinold C, Krebs NF; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of World Health Organization and CDC growth charts for children aged 0-59 months in the United States. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-9):1-15.
15. Dennis CL. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(6):734-744. doi: 10.1177/0884217503258459.
16. Joshi A, Amadi C, Meza J, Aguirre T, Wilhelm S. Comparison of socio-demographic characteristics of a computer based breastfeeding educational intervention among rural Hispanic women. *J Community Health*. 2015;40(5):993-1001. doi: 10.1007/s10900-015-0023-3.
17. Marco Alegria TD, Martinez Martinez D, Munoz Gomez MJ, Saya Ortiz I, Oliver-Roig A, Richart-Martinez M. Spanish reference values for breastfeeding self-efficacy scale short form BSES-SF. *An Sist Sanit Navar*. 2014;37(2):203-211. doi: 10.4321/s1137-66272014000200003.
18. Yang X, Gao LL, Ip WY, Sally Chan WC. Predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016;41:1-8. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.011
19. Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199910)22:5<399::aid-nur6>3.0.co;2-4.
20. Oliver-Roig A, d'Anglade-González ML, García-García B, et al. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(2):169-173. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.005
21. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841. doi: 10.1542/peds.2011-3552.
22. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(8):CD003517.
23. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-417. doi: 10.1111/mcn.12294.