
Lactancia materna en Navarra

Breast-feeding in Navarra

L.M. Barriuso¹, F. Sánchez-Valverde²

RESUMEN

Se revisa la situación de la lactancia materna en nuestra comunidad en el intervalo comprendido entre 1986 y 1993. Para ello se estudian dos grupos de neonatos navarros totalmente comparables entre sí, que proceden de nuestra principal maternidad. Se comparan las cifras de prevalencia de los diversos tipos de lactancia en el momento del alta de maternidad y de modo mensual hasta el sexto mes de vida.

Del presente trabajo pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. La categoría de lactancia materna vigente en Navarra es el tipo I de la OMS.
2. La lactancia materna se sigue abandonando de modo precoz y masivo a lo largo del primer semestre de vida en Navarra siendo sus cifras indetectables al sexto mes.
3. Apenas existen diferencias significativas entre las cifras del año 1986 y 1993.

Palabras clave. Lactancia materna. Epidemiología. Navarra.

ABSTRACT

The state of breast-feeding in our autonomous community between 1986 and 1993 is reviewed. Two comparable Navarrese neonatal groups from our main maternity hospital are studied. The prevalence of the different types of breast-feeding at the time of discharge from the maternity hospital is compared, as well as monthly rates until the sixth month of life.

The following conclusions can be drawn from this study:

1. The category of breast-feeding in Navarra is type I of the WHO.
2. Breast-feeding is abandoned in an early and massive way throughout the first six months of life in Navarra, with figures for this practice being undetectable by the sixth month.
3. There are barely any significant differences between the figures for 1986 and 1993.

Key words. Breast-feeding. Epidemiology. Navarra.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 2): 17-23.

1. Pediatra Centro de Salud de Elizondo.
2. Pediatra Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:

Laura María Barriuso Lapresa
Unidad de Programación y Docencia
Plaza de la Paz, s/n
31002 Pamplona
Tfno. 948 42 93 50
Fax 948 42 93 84
E-mail: plutodo@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Tras la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos comienza a abandonarse de modo indiscriminado la lactancia materna (LM). Lo que hasta entonces había sido el modo habitual de alimentar a los niños, se comienza a sustituir por productos farmacéuticos elaborados a partir de la leche de vaca. Pocos años después, esta moda se exporta a Europa Occidental y desde ahí pasa a Europa Oriental alcanzando finalmente a los países del denominado "Tercer Mundo" aproximadamente con un decalaje de unos 15 años. De este modo en la década de los años 60-70 esta moda alcanza a los países más deprimidos del planeta.

Esta innovación tiene su precio y éste es especialmente elevado en los países más pobres. En pocos años la morbi-mortalidad infantil se incrementa espectacularmente: aumenta el número de infecciones fundamentalmente digestivas y respiratorias. Además se produce una alta mortalidad como consecuencia de los trastornos hidroelectrolíticos secundarios a la preparación incorrecta de los biberones¹.

Esta situación desata la alarma en los organismos sanitarios de índole internacional. En 1981 la Organización Mundial de la Salud publica los resultados de su investigación sobre la situación de la LM en los distintos países del planeta. Para ello, a finales de los años 70 realiza un estudio colaborativo sobre un total de 23.000 parejas de madre-neonatos en nueve países: dos desarrollados (Hungría y Suecia) y el resto subdesarrollados o en vías de desarrollo (Etiopía, Nigeria, Chile, India, Filipinas, Guatemala y Zaire). Fundamentalmente investiga la duración y el motivo de abandono de la lactancia natural. Una de las conclusiones más interesantes de este estudio es el concepto de "categorías de lactancia materna". A la vista de las distintas prevalencias de la LM durante los primeros 18 meses de vida, se observan actitudes homogéneas en los diferentes grupos sociales investigados. De esta manera se definen 3 "categorías" de lactancia materna:

– Categoría I. Es propia de los países desarrollados. Se caracteriza por tener

unas aceptables cifras de LM al inicio que disminuyen rápidamente durante el primer semestre. A los 6 meses menos del 50% de las madres continúan amamantando a sus hijos. En esta categoría también se incluyen las clases más favorecidas de los países en vías de desarrollo.

– Categoría II. Representa la situación intermedia entre la I y la III. La prevalencia de la LM tiende a disminuir linealmente hasta pasados los 18 meses de vida.

– Categoría III. Es propia de los países subdesarrollados. Se caracteriza por altísimas cifras iniciales de LM que se prolongan a lo largo del primer año de vida. De este modo a los seis meses de vida más del 90% de las madres siguen amamantando a sus hijos y a los 12 meses más del 75% siguen haciéndolo.

A la vista de las graves consecuencias sanitarias que conlleva el abandono indiscriminado de la LM, en EE.UU. y en los países de Europa Occidental se realizan importantes campañas de promoción de la LM². Éstas no tardarán en dar sus frutos y a mediados de los 70 se produce una importante recuperación de la misma. Sin embargo, la promoción llega más tardíamente a las zonas más deprimidas económicamente que son precisamente las más afectadas por dicho abandono.

España no ha sido ajena a estas fluctuaciones y por supuesto Navarra tampoco. Sin embargo, en nuestro país la promoción de la LM no se ha realizado con el ímpetu de otros países occidentales. Por este motivo, actualmente las cifras de LM son inferiores a las de los países más desarrollados, especialmente en lo concerniente a la duración de la misma a lo largo del primer semestre de vida. En España tal y como se pone de manifiesto en los estudios más recientes, la prevalencia de la LM en el momento del alta de maternidad es aceptable, en torno al 75-80% de la población. Sin embargo, a lo largo del primer semestre de vida, ésta se abandona masivamente, de tal modo que a los seis meses prácticamente es indetectable. Por tanto el esquema de lactancia vigente es la categoría I de la OMS, pero con menor prevalencia a los 3 y 6 meses de vida.

En este panorama, ¿cuál es la situación de Navarra? ¿Se comporta como el resto de España? ¿Ha habido algún cambio significativo en su comportamiento en los últimos años?

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra comunidad autónoma, con aproximadamente medio millón de habitantes tiene unos cuatro mil nacimientos anuales de los cuales el 60-70% se producen en nuestro centro hospitalario: el Hospital Virgen del Camino. El año 1986 y 1993 investigamos las cifras de prevalencia de los distintos tipos de lactancia (materna, mixta y artificial) en el momento del alta de maternidad y de modo mensual hasta el sexto mes de vida. Los datos se recogieron en nuestro hospital en dos grupos homogéneos de neonatos navarros con un intervalo de 7 años (1986 y 1993). Revisamos todos los datos recogidos y los comparamos mediante la aplicación del Test de Chi-Cuadrado. Las diferencias se consideran significativas si la *p* observada es menor a 0,05.

RESULTADOS

Los resultados se exponen tabulados en las tablas 1, 2 y 3. En ellas se expresan las prevalencias de los distintos tipos de lactancia el año 1986 y 1993 expresadas como porcentajes. Las cifras muestran las prevalencias en el momento del alta de maternidad (LI) y de modo mensual desde el mes de vida hasta el sexto mes (L1 a L6):

DISCUSIÓN

Las investigaciones realizadas a lo largo de estas décadas, no sólo han puesto de manifiesto la epidemiología de la lactancia materna, sino que además han evidenciado las innumerables ventajas que la LM tiene para la salud de la madre y del niño. Anualmente se publican decenas de artículos referentes a este tema y se describen las ventajas que presenta frente a la lactancia artificial. Ésta es un hábito "moderno" en la alimentación del neonato. Se introdujo con la llegada de la revolución industrial y se ha generalizado a partir de la década de los 60, comenzando en los países más industrializados para poste-

riormente extenderse hasta los subdesarrollados. En las últimas décadas, la industria farmacéutica se ha desarrollado vertiginosamente y ha conseguido realizar importantes modificaciones de la composición de la leche de vaca para asemejarla a la leche materna. Ha sido una tarea difícil y sigue siéndola, ya que el esfuerzo en mejorar estas fórmulas es continuo sin que por el momento se haya conseguido ninguna idéntica a la leche materna.

Sin duda alguna, la obtención de fórmulas adaptadas a partir de la leche de vaca por parte de los laboratorios, ha supuesto un avance revolucionario en la alimentación del lactante. Se ha conseguido la supervivencia de muchos de ellos que de otra forma hubieran fallecido inexorablemente, especialmente en aquellos casos en que no se dispone de fuente de lactancia materna o en aquellos afectos de ciertas patologías digestivas. La calidad de las fórmulas adaptadas se va superando día a día por los esfuerzos investigadores de las casas comerciales; sin embargo, todavía se está muy lejos de igualarla a la leche materna. Aunque ambos tipos de leche nutricionalmente se aproximan, la fórmula adaptada sigue estando muy lejos de la leche materna en otros aspectos (inmunológicos, afectivos,..) algunos de los cuales son imposibles de alcanzar. Por ejemplo, el efecto beneficioso que para la relación afectiva madre-hijo tiene la lactancia materna no se puede alcanzar mediante la administración de biberones³. Tampoco podemos olvidar el papel aparentemente protector que el amamantamiento tiene en el carcinoma de mama y ovario⁴, el beneficio psicológico que parece producir en la madre, así como los últimos hallazgos científicos que parecen relacionar el abandono paulatino de este hábito con el incremento de ciertas enfermedades como la enfermedad celíaca⁵, diabetes mellitus insulín dependiente^{6,7}, enfermedad inflamatoria intestinal⁸⁻¹⁰ o linfomas¹¹. Además la LM parece desempeñar un papel protector frente a la atopía^{12,13} y se insinúa el posible efecto beneficioso que podría tener sobre el desarrollo intelectual del niño¹⁴. Por algo, el Profesor Nils Von Rosenstein en 1776 afirmaba en su clásico libro de Pediatría: "para crecer bien,

un niño debe recibir cantidad suficiente de un buen alimento. El mejor alimento de que dispone es la leche de su madre”¹⁵.

España no ha sido ajena a estas modificaciones de los hábitos de lactancia. Así, tras el grave descenso de la prevalencia de la LM sufrido en la década de los 70^{16,17}, también hemos objetivado un paulatino ascenso de las cifras de LM en el momento del alta hospitalaria. Sin embargo, la LM se sigue abandonando precoz y masivamente durante los tres primeros meses, siendo a los 6 meses casi indetectable¹⁸⁻²². Los resultados obtenidos en los distintos trabajos realizados en varios puntos de la geografía española así lo ponen de manifiesto: la LM se abandona masivamente a lo largo del primer semestre de vida y es prácticamente inexistente a los 6 meses. Por tanto, el esquema de lactancia vigente en nuestro país es la categoría I de la clasificación de la OMS, aunque con cifras a los tres y seis meses inferiores.

Como se ha podido observar en las tablas 1, 2 y 3, Navarra no es ajena a esta situación: las cifras de LM en el momento del alta hospitalaria son aceptables (70-80%), pero se abandona precoz y masivamente durante los primeros seis meses de vida. Al sexto mes la LM es prácticamente inexistente (1-2%)^{19,23}. Por tanto la categoría vigente en nuestra comunidad autónoma es la I de la OMS pero con menores cifras a los tres y seis meses de vida. Es decir, Navarra se comporta como el resto de España. Si comparamos las cifras del año 1986 y 1993 podemos comprobar que con respecto a la LM solamente encontramos diferencias significativas al mes y a los dos meses de vida. En el año 1993 las cifras de LM se han incrementado significativamente a lo largo de estos dos meses a expensas de disminuir las de LA. Además se puede observar que en el momento del alta hospitalaria se ha producido un descenso significativo de las cifras de LA aumentando las de lactancia mixta sin que se modifiquen significativamente las de LM. No existen diferencias significativas con respecto al tipo de lactancia entre el cuarto y el sexto mes de vida. Por tanto, el panorama de la LM apenas ha cambiado en estos siete años, objetivándose un leve pero esperanzador aumento de las cifras

de LM el primer y segundo mes de vida. Sin embargo, el comportamiento durante el segundo trimestre de vida es idéntico: la LM se sigue abandonando masivamente durante este trimestre, siendo al sexto mes de vida prácticamente indetectable.

La actuación de los neonatos navarros el año 1986 y 1993 sigue estando muy alejada de las recomendaciones de los organismos internacionales que propugnan la lactancia materna exclusiva como el alimento idóneo del lactante durante los 4-6 primeros meses de vida. Indiscutiblemente la promoción de la LM ha de ser un objetivo prioritario en la sanidad navarra. Esta promoción para ser efectiva ha de implicar a todo el personal sanitario: desde los ginecólogos y las matronas hasta los pediatras de cabecera, pasando por todo el personal de las maternidades. Es imprescindible la concienciación de todo el personal que rodea a la madre antes, durante y después del parto para que la promoción de la LM sea eficaz y consiga no solamente elevar las cifras de LM en el momento del alta hospitalaria sino también la prolongación de la misma.

La experiencia cotidiana y algunos trabajos epidémicos²⁴ ponen de manifiesto que posiblemente el primer mes de vida sea crucial en el éxito de la lactancia materna. Sin duda alguna los primeros días de puerperio, la madre, y con especial relevancia aquella primípara, sin experiencia previa de LM o con una experiencia negativa respecto a la misma, está especialmente sometida a factores que dificultan la LM: cansancio, dolor, la depresión post-parto, el estrés ante la nueva responsabilidad... Es en este ambiente “algo hostil” donde la madre ha de sentirse especialmente arropada desde su entorno familiar y sanitario para poder llevar a cabo con éxito la lactancia materna. Superadas las primeras semanas, que podríamos llamar “de adaptación”, si la LM se realiza de modo satisfactorio, casi con total seguridad que ésta se prolongará los siguientes meses. Bien es cierto que nuestra experiencia también nos demuestra cómo la incorporación de la madre al mundo laboral sigue teniendo un efecto claramente entorpecedor de la LM. La baja maternal de sólo 16 semanas

Tabla 1. Evolución de la lactancia materna: 1986-1993.

PREVALENCIA*	1986	1993	Significación (p)
LI	70,7	79,5	N.S.
L1	50,1	68,9	0,0163
L2	37,3	55,2	0,0097
L3	23	30,2	N.S.
L4	12,2	18,5	N.S.
L5	7,4	13	N.S.
L6	2,2	1,1	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

Tabla 2. Evolución de la lactancia mixta: 1986-1993.

PREVALENCIA*	1986	1993	Significación (p)
LI	6,2	16,4	0,0012
L1	12,8	17	N.S.
L2	12,5	18,1	N.S.
L3	11,7	21,9	0,0087
L4	13,7	16,3	N.S.
L5	11,4	9,8	N.S.
L6	10,6	10	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

Tabla 3. Evolución de la lactancia artificial: 1986-1993.

PREVALENCIA*	1986	1993	Significación (p)
LI	23,1	4,1	0,0000
L1	37,1	14,2	0,0001
L2	50,2	26,7	0,0009
L3	65,3	47,9	0,0306
L4	74,1	65,2	N.S.
L5	81,2	77,2	N.S.
L6	87,2	88,6	N.S.

* LI: lactancia al alta de maternidad. L1: al mes de vida. L2: a los dos meses. L3: a los tres meses. L4: a los cuatro meses. L5: a los cinco meses. L6: a los seis meses.

dificulta conseguir lactancias maternas exclusivas de 4-6 meses.

En marzo del pasado año 2001 se reunió un comité de expertos bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaron la lactancia materna exclusiva durante 6 meses. En mayo del 2001, la Asamblea Mundial de la Salud (el órgano rector de la OMS) aceptó dicha recomendación y en la resolución WHA54.2 insta a los estados miembros a

promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

Sin embargo, en Navarra así como en el resto de España las lactancias maternas exclusivas a los 6 meses son prácticamente anecdóticas. Por tanto, aunque parece intuirse que nos encontramos ante un pequeño resurgir de la LM en nuestro entorno, es indiscutible que nos encontramos muy lejos aún de la situación idónea. Como ya se ha comentado en párrafos pre-

vios, es imprescindible la interacción de muchos estamentos para promocionar de modo eficaz la LM. Además de los meramente sanitarios también tendríamos que hablar con profusión de los medios de comunicación. Sin duda alguna la promoción de la lactancia materna es un tema tan apasionante como complejo en el que habrían de implicarse personas y estamentos de muy distinta índole. Merecería muchos capítulos de modo exclusivo por lo que aquí sólo hemos mostrado someramente algunas sencillas reflexiones.

CONCLUSIONES

1.- La categoría de LM vigente en Navarra es el tipo I de la OMS al igual que en el resto del país.

2.- La LM se sigue abandonando de modo precoz y masivo a lo largo del primer semestre de vida siendo sus cifras indetectables al sexto mes.

3.- Apenas existen diferencias significativas entre las cifras del año 1986 y 1993. Se objetiva un descenso significativo en las cifras de LA durante el primer trimestre de vida a expensas fundamentalmente del incremento de las de lactancia mixta y en menor medida de un aumento de la lactancia materna exclusiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Modalidades de lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: Ed. Organización Mundial de la Salud, 1981.
2. HOFVANDER Y, SJOLIN S. Breast feeding trends and recent information activities in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 1979; Suppl 275: 122-125.
3. BROSTROM K. La leche humana y las fórmulas infantiles. En: Tratado de Nutrición en Pediatría. Ed. Suskind RM. Salvat Editores S.A. Barcelona 1985: 39-61.
4. JOHN EM, WHITTEMORE AS, HARRIS R, INTYRE J. Characteristics relating to ovarian cancer risk: collaborative analysis of seven U.S. case-control studies. Epithelial ovarian cancer in black women. Collaborative Ovarian Cancer Group. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 142-147.
5. AURICCHIO A, DE FOLLO D, DE RITIS G, GIUNTA A, MARZORATI D, PRAMPOLINI L et al. Does breast feeding protect against the development of clinic symptoms of celiac disease in children? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1983; 2: 428-433.
6. BÖRCH-JOHSEN K, MANDRUP-POULSEN T, ZACHAU-CHRISTIANSEN B, GEIR J, CRISTY M, KASTRUP K et al. Relación entre la lactancia materna y tasas de incidencia de diabetes mellitus insulino-dependiente. *Lancet (Ed. esp.)* 1985; 6: 199-202.
7. KOSTRABA JN, DORMAN JS, LA PORTE RE, SCOTT FW, STEENKISTE AR, GLONINGER M et al. Early infant diet and risk of IDDM in blacks and whites. A matched case-control study. *Diabetes Care* 1992; 15: 626-631.
8. BERGSTRAND D, HELLERS G. Breast feeding during infancy in patients who later develop Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 1983; 18: 903-906.
9. WHORWELL PJ, HOLDSTOCK G, WHORWELL GM, WRIGHT R. Bottle feeding, early gastroenteritis and inflammatory bowel disease. *Br Med J* 1979; 1: 382.
10. SÁNCHEZ-VALVERDE F, FERNÁNDEZ P, LOZANO MJ, VITORIA JC, SOJO A, GÁRATE J et al. Estudio multicéntrico de 60 casos de enfermedad inflamatoria intestinal crónica en la infancia en el norte de España. *An Esp Pediatr* 1994; 40: 435-442.
11. CUNNINGHAM AS. Breast-feeding and morbidity in industrialized countries: an update. En: *Advances in international maternal and child health*. Vol I. Eds Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Oxford Medical Publications, 1981: 128-168.
12. BRUNO G, MILITA O, FERRARA M, NISINI R, CANTANI A, BUSINCO L. Prevention of atopic diseases in high risk babies (long-term follow-up). *Allergy Proc* 1993; 14: 181-186.
13. BURR ML, LIMB ES, MAGUIRE MJ, AMARAH L, ELDRIDGE BA, LAYZELL JC et al. Infant feeding, wheezing, and allergy: a prospective study. *Arch Dis Child* 1993; 68: 724-728.
14. LUCAS A, MORLEY R, COLE TJ, LISTER G, LEESON PAYNE C et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992; 339: 261.
15. ROSEN VON ROSENSTEIN N. Underrättelser om Barm-Sjukdomar och deras Bote-Medel. Tilförene Styckewis utgifne uti de sma Almanachorna, nu samlade, tilökte och förbättrade. Estocolmo: Lard Salvins, 1764 (Edición inglesa: *The diseases of children and their remedies*. Londres: T. Cadell, 1776).

16. FRAGA JM, IGLESIAS A, FERNÁNDEZ JR, BRAVO M, LÓPEZ A, PEÑA J. Lactancia natural y artificial. Incidencias. *An Esp Pediatr* 1981; 15: 313.
17. COBALEDA A, HIDALGO MI, PLAZA I, MUÑOZ MT, LÓPEZ D, OTERO J et al. Prevalence of breast feeding and its relation to cardiovascular risk factors in the pediatric population of Fuenlabrada. *An Esp Pediatr* 1989; 31: 350-355.
18. BERRAONDO I, DORRONSORO M, LARRAÑAGA M, CERDÁN R. Epidemiología de la lactancia en Gipuzkoa. Prevalencia y perfil de la lactancia materna. *Osakidetza* 1987; 5: 415-423.
19. SÁNCHEZ-VAVERDE F, OLIVERA JE, HERAS JA et al. Estudio sociosanitario sobre la incidencia y duración de la lactancia materna en Navarra. Premio de Nutrición Infantil 1987. Barcelona: Ed. Sociedad Nestlé AEPA, 1988: 300-343.
20. CEREZO MA, LÓPEZ P. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. *Bol Epidemiol Junta de Andalucía* 1986; 1: número 2.
21. MARTÍN-CALAMA VALERO J, VILLAR VILLANUEVA A, ORIVE IGLESIAS I, PRIETO JOANIN MJ, CONDE REDONDO F, SÁNCHEZ VILLARES E et al. Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid. *An Esp Pediatr* 1985; 22: 371-377.
22. MORÁN J. Lactancia materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 45-50.
23. SÁNCHEZ-VALVERDE F, BARRIUSO LM, URZAINKI F, OLIVERA JE, SATRÚSTEGUI F, MONTESINOS J et al. Lactancia materna y pautas hospitalarias: la revolución pendiente. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 225-229.
24. BARRIUSO LM, SÁNCHEZ-VALVERDE F, ROMERO C, VITORIA JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.