
Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España *Prevalence of breast feeding in the north of Spain*

L.M. Barriuso, F. Sánchez-Valverde

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es un hábito alimentario que desde la antigüedad ha estado íntimamente unido al niño durante los primeros años de su vida. Sin ella difícilmente la especie humana podía superar los primeros meses de la vida. Tras la Segunda Guerra Mundial se fue abandonando progresivamente. Así en Estados Unidos, durante la década de los 60 la LM alcanzó cifras prácticamente indetectables¹. Este abandono se trasladó a continuación a Europa Occidental, posteriormente a Europa Oriental y con un decalaje de aproximadamente quince años se exportó a los países menos desarrollados (África, Sudamérica...). Sus consecuencias sanitarias no se dejaron esperar y fueron especialmente evidentes en los países más deprimidos, donde rápidamente aumentó la morbimortalidad infantil². Los niños fallecían por procesos infecciosos, fundamentalmente infecciones respiratorias y gastrointestinales y por trastornos hidroelectrolíticos, generalmente secundarios a la preparación incorrecta de los biberones. A la vista de estos hechos, en los paí-

ses "más desarrollados" a finales de los años 70, se comenzaron a realizar importantes campañas de promoción de la LM que no tardaron en dar sus frutos³. En estos países se consiguieron destacados incrementos de la LM, pero sin embargo en los más deprimidos, que eran los más afectados por este nuevo hábito alimentario continuaban muriendo muchos niños por el abandono injustificado de la LM. Los países denominados "menos desarrollados", pese a ser los más perjudicados, seguían el ejemplo de los desarrollados y las clases inferiores imitaban a las superiores adscribiéndose a la nueva moda de la lactancia artificial con el decalaje ya descrito².

España no ha sido ajena a todas estas oscilaciones en la prevalencia de la LM. En las décadas de los 60-70 se objetivó un importante descenso de la misma y a pesar de que en nuestro país no se han realizado esfuerzos importantes para promoverla, sí se ha objetivado en las últimas dos décadas un cierto resurgir de este hábito alimenticio. En nuestro país la categoría de LM vigente es la I de la OMS: las

ANALES Sis San Navarra 1998, 21 (Supl. 3): 13-19.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
Félix Sánchez-Valverde Visus
Iturrana 34-8º A
31007 Pamplona
Tfno. 948 265045

cifras de LM en el momento del alta de maternidad son aceptables (en torno al 80%), pero ésta se abandona de modo masivo y precoz durante el primer semestre de vida de tal modo que al sexto mes es prácticamente inexistente.

En esta situación nos hemos propuesto conocer cuál es la prevalencia actual de la LM en nuestro entorno geográfico: el Norte de España.

MATERIAL Y MÉTODOS

La zona de estudio está comprendida por Aragón, Navarra, La Rioja, País Vasco, Cantabria y Soria. Han colaborado los pediatras adscritos a las Unidades de Gastroenterología y Nutrición de los hospitales referidos en la tabla 1.

Dada la variación que existe con respecto a la proporción estimada de madres

que pudieran estar dando el pecho a sus hijos cada mes, se calculó el número de sujetos necesarios para la estimación de una proporción, tomando como hipótesis más desfavorable de una proporción esperada de 0,50, ($\alpha=95\%$) y un error beta o precisión de $\pm 3\%$. El número de sujetos necesario era de 1067. Finalmente el trabajo se ha realizado con 1.175 niños. A cada zona y hospital se le asignó el número de niños que tenían que aportar proporcionalmente a la cifra de partos de cada comunidad autónoma o área estudiada. Dentro de éstas, se distribuyó según las provincias concretas y en último término según cada uno de los hospitales incluidos en el estudio (Tabla 1). En todos los casos el porcentaje de partos de estos hospitales era superior al 50% de los de su provincia.

Tabla 1. Distribución de casos por hospitales.

HOSPITAL	PROVINCIA	COMUNIDAD	Nº NIÑOS	% TOTAL	PARTOS TOTAL* (%)
M. Servet	Zaragoza	Aragón	143	12,2	75%
Clínico	Zaragoza	Aragón	67	5,7	
SS Calatayud	Zaragoza	Aragón	20	1,7	
SS Alcañiz	Teruel	Aragón	28	2,4	90%
SS Teruel	Teruel	Aragón	30	2,6	53,7%
SS Huesca	Huesca	Aragón	39	3,3	
SS Jaca	Huesca	Aragón	10	0,9	67%
Virgen del Camino	Navarra	Navarra	122	10,4	
SS Logroño	La Rioja	La Rioja	66	5,6	98%
Txagorritxu	Álava	País Vasco	78	6,6	90%
Aranzazu	Guipúzcoa	País Vasco	149	12,7	62%
Cruces	Vizcaya	País Vasco	201	17,1	78%
Basurto	Vizcaya	País Vasco	51	4,3	
Valdecilla	Cantabria	Cantabria	131	11,1	90%
SS Soria	Soria	Soria	40	3,4	93,4%

* Se refiere al % de partos sobre el total provincial anual.

Tabla 2. Criterios de exclusión

- parto gemelar
- peso natal < 2500 gramos
- edad gestacional < 37 semanas
- ingreso neonatal por cualquier motivo
- pertenencia a grupos sociales marginales

Los niños se seleccionaban en el momento del nacimiento por muestreo consecutivo según los criterios de exclusión (Tabla 2). Al alta de maternidad se le explicaba el protocolo a la madre y se rellenaban los datos de la encuesta correspondientes a la identificación y a la situación de la lactancia en dicho momento. El seguimiento se realizaba telefónicamente mediante llamada mensual para conocer la situación de la lactancia. Cuando se abandonaba completamente la LM se cerraba el caso. El estudio se realizó en el periodo comprendido entre octubre de 1992 y octubre de 1993. Previamente se celebró una fase piloto para comprobar las diversas dificultades de la metodología y verificar el grado de adhesión al estudio por parte de los seleccionados.

La encuesta realizada a las madres se dividía en los siguientes apartados (Tabla 3):

- identificación materna
- identificación perinatal
- prevalencia de la lactancia materna
- causas de abandono de la LM
- persona que indica la introducción de la lactancia artificial (LA)
- controles periódicos de salud del niño

RESULTADOS

Se realiza un seguimiento de todos los niños seleccionados, desde recién nacido hasta la edad de 6 meses, con el fin de saber en cada edad en qué situación alimentaria se encuentran: lactancia materna, mixta o artificial. De esta forma se obtiene el tipo de lactancia inicial y la prevalencia mensual de la LM hasta los seis meses de vida (Tabla 4). Anotemos que

cuando hablamos de LM nos referimos siempre a la lactancia materna exclusiva. Como podemos observar comienza con LM un 79,7% del total, con lactancia mixta el 8,5% y con LA el 11,8% restante. Estas cifras se van invirtiendo a lo largo del primer semestre de la vida del niño. A los seis meses de edad sólo continúan con LM 43 casos (3,9%), con lactancia mixta el 10,3% y con LA el 85,7% de los niños estudiados. La duración media de la lactancia materna según la definición propuesta por la OMS (edad en meses en que continúan lactando el 50% de los niños) es de 1,1 meses. El abandono de la LM es masivo durante el primer trimestre de vida. A los tres meses apenas una cuarta parte de los niños siguen recibiendo lactancia materna exclusiva y más de la mitad siguen lactancia artificial. El abandono es máximo durante el primer mes de vida: diariamente el 1% de los neonatos del norte de España abandonan la LM. Parece ser que el primer mes es decisivo en la posterior tendencia del hábito alimenticio.

La edad media de introducción de la LA fue de 49,22 días si incluimos a los 89 niños a los que les introdujo la LA el primer día de vida. Si los excluimos, ésta se retrasa hasta los 53,27 días.

La causa identificada con más frecuencia para abandonar la LM o para no iniciarla es la hipogalactia (40,2%) seguido de la decisión materna (31,5%) y de la escasa ganancia ponderal (26,2%). En el 9,6% de los casos las madres aducen su trabajo como motivo para abandonarla o no iniciarla.

El pediatra en el 65,7% de los casos y la propia madre en el 36,6% de los casos son quienes con más frecuencia toman la decisión de iniciar la LA. Es destacable asimismo el papel que desempeñan las enfermeras y las comadronas (7,8%) que concentran su influencia en las salas de maternidad durante los primeros días de la vida del niño.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se demuestra que en el norte de España las cifras de LM en el momento del alta de maternidad son aceptables (79,7%) y semejantes a las que se han publicado en los últimos años en nues-

Tabla 3. Variables incluidas en el registro.

IDENTIFICACIÓN MATERNA	Zona Provincia Hospital Medio Geográfico Edad de la madre Nivel de estudios de la madre Situación laboral madre Número de hijos
IDENTIFICACIÓN PERINATAL	Días de estancia hospitalaria Peso natal Preparación parto Muestra regalo Tipo de parto Presencia del marido en el parto Rooming-in Tiempo de puesta al pecho Suero glucosado
PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA, MIXTA Y ARTIFICIAL	Al alta Hospitalaria 1 mes 2 meses 3 meses 4 meses 5 meses 6 meses Edad introducción LA
CAUSA IDENTIFICADA PARA EL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA (Pregunta Abierta. Admite respuesta múltiple)	Decisión materna Pauta Hospitalaria Indicación Hospitalaria Hipogalactia Escasa ganancia ponderal Separación materno-infantil Trabajo materno
PERSONA QUE INDICA INTRODUCCIÓN DE LECHE ARTIFICIAL (Pregunta Abierta. Admite respuesta múltiple)	Iniciativa propia Pediatra Familiar Amistades Farmacéutico Otros sanitarios
CONTROLES PERIÓDICOS DEL NIÑO (Pregunta Abierta. Admite respuesta múltiple)	Centro de Salud Ambulatorio Consulta Privada Médico General Enfermera y/o comadrona

Tabla 4. Prevalencia mensual de los tipos de lactancia*(%).

	LI	L1	L2	L3	L4	L5	L6
LM	79,7	53,9	41,2	27,1	18,2	10,6	3,9
Lmixta	8,5	20	18,6	18	13,7	12,7	10,3
LA	11,8	26,2	40,2	54,8	68,1	76,7	85,8

* 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.

tro país^{4,13}. Al igual que en otros trabajos, éstas disminuyen masivamente durante el primer trimestre de vida. A los tres meses apenas una cuarta parte de los niños siguen recibiendo LM y a los seis meses sus cifras son ínfimas (3,9%). Estos datos son plenamente concordantes con los publicados por otros autores españoles^{7,10,12,14-19}. Por tanto en la actualidad en el norte de España está vigente la categoría I de la OMS con menores cifras a los tres y seis meses de vida. A pesar de que las recomendaciones internacionales ponen de manifiesto que la LM exclusiva es el alimento ideal para el bebé durante los 4-6 primeros meses de vida²⁰, en nuestra zona esta posibilidad apenas se contempla: a los 4 meses sólo el 18,2% de la población la sigue, a los 5 meses el 10,6% y a los 6 únicamente el 3,9%. Recordemos además que este estudio ha sido realizado en una muestra de niños con menos factores de riesgo de abandonar precozmente la LM: se han excluido los de bajo peso, gemelares, prematuros... (Tabla 2). Por consiguiente hemos de suponer que en la población globalmente considerada las cifras sean menores.

Tal y como sucede en otros estudios^{10,12,19}, en nuestra población el abandono de la LM es máximo durante el primer mes de vida: diariamente el 1% de los neonatos la abandonan. De este modo este primer mes parece ser decisivo en la tendencia posterior del hábito de la lactancia: el descenso resulta imparable hasta el sexto mes. Parece poco comprensible que madres que han optado por amamantar a sus hijos y que han comenzado sin problemas la LM en maternidad (79,7%), la abandonen masi-

vamente durante el primer mes de vida (53,9%). Si la causa hubiera sido una hipogalactia verdadera o la decisión materna, posiblemente no la habrían iniciado. Este abandono parece ser más bien atribuible a un apoyo insuficiente de la madre que lacta y al medio tan agresivamente "anti-lactancia materna" que nos rodea. En nuestro estudio únicamente 56 madres (4,8%) decidieron no iniciar la LM o bien por diversos condicionantes no la pudieron iniciar. Tal y como sucede en otros estudios se demuestra que un porcentaje muy pequeño de la población renuncia a la LM^{11,13} ya que en general las madres españolas tienen una idea positiva de la misma^{10,11,13,21} y recordemos que apenas un 10% de las mujeres padecen una hipogalactia verdadera². Por tanto parece evidente que en el abandono masivo de la LM y en las bajas cifras que se observan ya desde el primer mes de vida intervienen otros factores ajenos a la capacidad materna de amamantar y al deseo de la madre. Sin duda alguna el entorno que la rodea, ya desde la misma maternidad, ejerce una influencia negativa evidente.

Al igual que en otros trabajos, la hipogalactia es el motivo más frecuentemente aducido por las madres para introducir la LA^{2,5,11,12,15,22-28}.

El pediatra y la propia madre son quienes con más frecuencia toman la decisión de iniciar la LA. Estas cifras coinciden con las de otros autores^{6,25,27}. Es destacable asimismo el papel que desempeñan las enfermeras y las comadronas (7,8%). Estas cifras que resultan claramente excesivas también han sido detectadas por otros autores^{6,27}.

Del presente trabajo se desprenden las siguientes conclusiones:

1. El modelo de lactancia materna vigente en el Norte de España es la categoría I de la OMS con menores cifras de prevalencia a los tres y seis meses de vida.

2. La lactancia materna a los seis meses de vida es prácticamente indetectable (3,9%).

3. La edad de introducción de la lactancia artificial en nuestro medio se sitúa entre el mes y medio y el segundo mes de vida.

4. El motivo más frecuentemente aducido por las madres para introducir la lactancia artificial es la hipogalactia (40,2%) seguido de las propia decisión materna (31,5%).

5. La persona que suele indicar la introducción de la lactancia artificial es el pediatra (65,7%) seguido de la propia madre (36,6%).

BIBLIOGRAFÍA

1. LAWRENCE RA. Tendencias de la lactancia materna: un modo de actuar. *Pediatrics* (ed esp) 1991; 32: 191-192.
Organizacion 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. Ed. OMS. Ginebra; 1981.
2. HOFVANDER Y, SJOLIN S. Breastfeeding trends and recent information activities in Sweden. *Acta Paediatr Scand* 1979; Suppl 1275: 122-125.
3. SANCHEZ-VALVERDE F, BARRIUSO LM, URZAINKI F, OLIVERA JE, SATRUSTEGUI F, MONTESINOS J et al. Lactancia materna y pautas hospitalarias: la revolución pendiente. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 225-229.
4. MARTIN-CALAMA J, VILLAR A, ORIVE I, PRIETO MJ, CONDE F, SANCHEZ E. Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid. *An Esp Pediatr* 1985; 22: 371-377.
5. SANCHEZ-VALVERDE F. Alimentación durante el primer año de vida en Navarra. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco 1988.
7. FUERTES DOMINGUEZ A. Pautas alimentarias y crecimiento durante el primer año de vida en población aragonesa. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. 1989.
8. PRATS R, TRESSERRAS R, TABERNER JL. Lactància materna a Catalunya. *Salut Catalunya* 1991; 5: 161-162.
9. CALVO B, MILLAN C, ALVAREZ JD, DEVESA R. Actitud materna ante la lactancia natural y dificultades en el puerperio inmediato. *Aten Primaria* 1992; 10: 650-654.
10. TEMBOURY MC, OTERO A, POLANCO I, TOMAS M, RUIZ F, GARCIA MC. La lactancia materna en un área metropolitana: (I) Análisis de la situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 211-214.
11. MORAN REY J. Lactancia Materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 45-50.
12. OJEMBARRENA E, FERNANDEZ ZOTES O, GAMBOA A, NUÑEZ P, IBARRECHE J, ARCHE J et al. Estudio prospectivo multicéntrico sobre lactancia materna en Vizcaya. *Bol S Vasco Nav Ped* 1994; 87: 56-71.
13. TRIAS E, MALDONADO R, VILLALBI JR, CID I. Lactància natural a Barcelona. Percepció materna i situació actual. *But Soc Cat Pediatr* 1995; 55: 250-253.
14. BERRAONDO I, DORRONSORO M, LARRAÑAGA M, CERDAN R. Epidemiología de la lactancia en Gipuzkoa. Prevalencia y perfil de la lactancia materna. *Osakidetza* 1987; 5: 415-423.
15. SANCHEZ-VALVERDE 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. Ed. Sociedad Nestlé AEPa. Barcelona; 1988: 300-343
16. GARCIA-MUÑOZ F, PANERO A, CARMONA MJ, HERNANDEZ A, MARQUINA M, BARRENA M et al. Evolución de la lactancia materna durante los últimos 10 años en nuestro medio. *An Esp Pediatr* 1991; 35 Suppl 45: 62.
17. LLIBRE MD, ROVIRA I, SOLSONA A, CASTRO E, RODRIGUEZ S, OLLES Y et al. Características del tipo de lactancia de la población pediátrica estudiada en el centro de Atención Primaria Terrassa Nord. *An Esp Pediatr* 1991; 35 Suppl 45: 65.
18. GARCIA VERA C, BUÑUEL ÁLVAREZ C, ZARAZAGA GERMES G, SANVICENTE PINO L. Patrones de lactancia y estudio de ciertos factores que interfieren con la misma, en un equipo de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 357-360.
19. LLUCH FERNÁNDEZ C, RODRÍGUEZ TORRONTERAS A, CASITAS MUÑOZ V, RAMÍREZ ESTEBAN M, PÉREZ GÓMEZ D, MURILLO MARTÍNEZ A et al. Influencia de los centros de salud y la clase social en la prevalencia de la lactancia materna. *Aten Primaria* 1996; 18: 253-256.

- European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition. Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition III. Recommendations for infant nutrition. *Acta Paediatr Scand* 1982; Suppl 302: 1-27.
20. TEJEDOR V, GONZALEZ D, PERDOMO M, CABELLO A. Factores que influyen en la elección materna del tipo de lactancia. *An Esp Pediatr* 1991; 35 Suppl 45: 64-65.
 21. FLORACK E, OBERMANN-DE BOER G, VAN KAMPEN-DONKER M, VAN WINGEN J, KROMHOUT D. Breast-feeding, bottle-feeding and related factors. The Leiden Pre-School Children Study. *Acta Paediatr Scand* 1984; 73: 789-795.
 22. HOFFMAN MN, DURCAN NM, DISLER PB. Breast-feeding in a socio-economically disadvantaged area of Cape Town. Part I. Analysis of breast-feeding patterns among clinical attenders. *S Afr Med J* 1984; 66: 64-65.
 23. GUNN TR. The incidence of breast feeding and reasons for weaning. *N Z Med J* 1984; 97: 360-363.
 24. TAJADA CEBRIÁN N, GONZALVO DAVOLI N, GONZÁLEZ RAMOS J, LACASA ARREGUI A, BERDÚN CHÉLIZ E. Lactancia materna en Huesca. Observación actualizada de sus características y de factores socioeconómicos influyentes. *An Esp Pediatr* 1987; 43: 221-226.
 25. SANTOS TORRES I, VÁSQUEZ GARIBAY E, NÁPOLES RODRÍGUEZ F. Breast feeding habits in marginated neighborhoods in Guadalajara. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47: 318-323.
 26. SANZ J, CARBONE A, GALLEGO A, MARTINEZ P, MATEO JM, APARICIO M et al. Lactancia materna en nuestro medio. Características y factores que la modifican. *An Esp Pediatr* 1991; 35 Suppl 45: 61-62.
 27. SARDINI S, SIMEONI G, RUSSO E, CERMARIA F, ZANINI F. Indagine epidemiologica sulla pratica dell'allattamento al seno nella popolazione consultoriale dell'USSL 46 "Alto Mantovano"-Regione Lombardia. *Minerva Pediatr* 1993; 45: 181-187.