

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*

An Esp Pediatr 1999;50:333-340.

En marzo de 1996 la A.E.P. formó un Comité de Lactancia Materna. En estos años, los miembros del Comité han estado detrás de iniciativas de promoción de lactancia en el ámbito nacional, regional y provincial, algunas de las cuales, todavía en marcha, verán la luz en los próximos meses. Una de las primeras actividades fue la realización de un estudio dirigido a conocer la prevalencia real de la lactancia en España con datos a nivel provincial.

Este breve Informe pretende exponer los datos epidemiológicos obtenidos, junto a unas consideraciones globales sobre el papel que deben asumir los pediatras para defender la lactancia materna de forma eficaz.

I. Datos epidemiológicos

a) La encuesta del Comité de Lactancia

Se programó una encuesta transversal de ámbito provincial, que abarcara todas las provincias españolas, y que permitiera establecer comparaciones entre ellas y obtener resultados conjuntos. Por dificultades de distinto signo en cada caso (económicas, organizativas, de cooperación..) sólo se pudieron obtener resultados de 18 provincias.

Se utilizó un formulario breve en el que se solicitaban datos del hijo, de la madre, del parto y del tipo de lactancia. (Tabla I). Se contó con la colaboración de organismos autonómicos de Sanidad (Diputación General de Aragón, Junta de Castilla y León, Servei Valencia de Salut, Insalud), de las Sociedades Regionales de Pediatría y de la A.E.P. Los formularios se enviaron por correo a todos los centros de asistencia pediátrica conocidos, públicos y privados, con instrucciones para su cumplimentación. La encuesta se dirigía a todos los lactantes menores de un año que acudieran al centro por un control de salud ordinario, durante un período de 15 días, el mismo para todos los centros de cada provincia. Los formularios cumplimentados fueron devueltos por correo y posteriormente introducidos en

Informe técnico sobre la lactancia materna en España

Tabla I Preguntas de la encuesta

Fecha de nacimiento.
Sexo.
Hospital de nacimiento.
Tipo de parto.
Peso nacimiento.
Edad gestacional.
Patología neonatal.
Edad de la madre.
Hijos previos.
Trabajo materno.
Baja maternal.
Nivel de estudios.
Lactancia en el momento de la encuesta.
Si había abandonado el pecho:
Fecha del abandono.
Motivo del abandono.

soporte informático y procesados estadísticamente por los mismos operadores.

Se recibieron 12.165 cuestionarios cumplimentados. 1.678 (13,09%) hubieron de ser desechados a causa de errores en la transcripción o falta de datos imprescindibles.

La tabla II refleja la distribución por provincias de las encuestas. Se ha añadido el número de nacimientos por provincias según el último censo del Instituto Nacional de Estadística. En la figura 1 aparece la distribución por meses de vida de los lactantes encuestados, con los porcentajes referidos al total de la muestra y en la tabla III las características globales de la muestra.

La duración de la lactancia materna se valoró teniendo en cuenta el tipo de lactancia en el momento de la consulta y la fecha de abandono en los casos en que había finalizado. Se incluyó como lactancia materna todo el tiempo que el niño estuvo recibiendo alguna toma de pecho, aunque hiciera además tomas de leche artificial - lactancia mixta -.

La duración media de la lactancia materna (exclusiva + mixta), fue de 3,20 meses (intervalo de confianza 95%: 3,13-3,27; Kaplan-Meier realizado sobre los encuestados de 4 o más meses de edad -menos del 30% de censuras-, n = 5.717). La mediana fue de 3,0 meses (IC 95 %: 2,93-3,07). El 55% de las ma-

*Dr. J. Martín-Calama (Aragón); Prof. M.J. Lozano de la Torre (Cantabria y Asturias); Dra. A. Muñoz Guillén (Valencia); Dr. C. García Vera (Aragón); Prof. M.C. Tembours Molina (Madrid - Castilla La Mancha); Prof. M. Pajarón de Ahumada (Murcia); Dr. V. Molina Morales (Cataluña); Dra. L. Barriuso Lapresa (Balears); Dra. M. del Real (Castilla León); Prof. M. Díaz Gómez (Canarias); Prof. J.M. Fraga Bermúdez (Galicia); Prof. M. García del Río (Andalucía Oriental); Dra. E. Gorostiza Garai (País Vasco y Navarra); Dra. M. Reymundo García (Andalucía Occidental).

Correspondencia: Dr. J. Martín-Calama. Servicio de Pediatría. Hospital General "Obispo Polanco". Avda. Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

Tabla II Distribución por provincias

Provincia	n	Nacimientos
Alicante	1.897	12.843
Asturias	849	6.599
Avila	158	1.295
Burgos	169	2.395
Cantabria	674	3.756
Castellón	816	4.197
Huesca	292	1.492
Leon	593	3.273
Madrid	335	46.201
Murcia	70	12.495
Palencia	202	1.260
Salamanca	270	2.698
Segovia	161	1.194
Teruel	76	988
Valencia	2.429	19.398
Valladolid	457	3.731
Zamora	246	1.320
Zaragoza	792	6.821

n: número de niños incluidos en el estudio
nacimientos.: número de nacimientos anuales (Censo INE-1997 prov.).

dres superaron los tres meses dando alguna toma de pecho. La evolución de la lactancia materna mes a mes, queda reflejada en la tabla IV.

Se analizó la influencia de cada una de las variables incluidas en la encuesta sobre la frecuencia de la lactancia materna por meses. No hubo diferencias significativas cuando se valoró la paridad materna, el sexo del recién nacido o el trabajo de la madre. Por el contrario, la lactancia fue significativamente más corta en los casos de: edad gestacional menor de 37 semanas (Fig. 2), parto mediante cesárea (no otras formas de parto instrumental) (Fig. 3), peso de nacimiento menor de 2.500 g (Fig. 4), nivel de estudios bajo (Fig. 5), y edad de la madre menor de 25 años (Fig. 6).

Se valoraron las diferencias en la prevalencia de lactancia mes a mes para cada una de las variables. Se comprobó que todos los factores que afectan negativamente la duración de la lactancia lo hacen desde las primeras semanas de vida, y su efecto se prolonga hasta el 4º-5º mes, excepto la edad materna inferior a 25 años, cuyo efecto negativo es mayor a medida que progresa la lactancia y no desaparece hasta el 8º mes (Tabla V).

Llamaron la atención dos hallazgos: 1) Sexo: varones y mujeres inician la lactancia en la misma proporción, pero en los meses siguientes se producen más abandonos de la lactancia por parte de los hijos varones, que equilibran de nuevo las diferencias a partir del tercer mes de vida (Tabla VI); 2) Las madres primíparas inician la lactancia en un porcentaje ligeramente superior a las que tienen hijos previos, pero las diferencias desaparecen en el primer mes de vida (Tabla VII).

Se objetivaron importantes diferencias entre las provincias

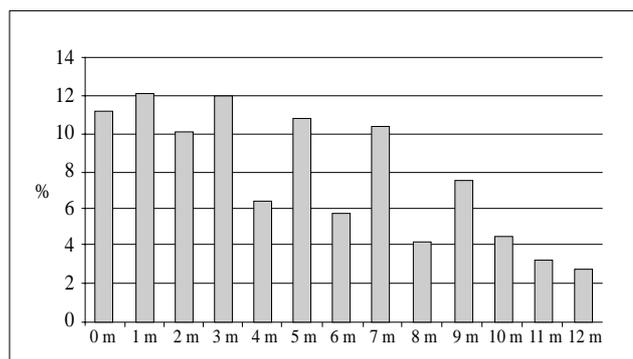


Figura 1. Porcentaje de participantes por mes de vida.

Tabla III Características de la muestra

Variable	Grupo	n	%
Peso de nacimiento	< 2,5	562	5,4
	2,5-3	2.611	24,9
	3-3,5	4.720	45
	3,5-4	2.023	19,3
	> 4	389	3,7
	n.c.	184	1,8
Edad gestacional	< 37	602	5,9
	37-42	9.420	89,8
	> 42	190	1,8
	n.c.	277	2,6
Sexo	Varón	5.118	48,8
	Mujer	4.824	46
	n.c.	547	5,2
Tipo de parto	Eutócico	7.274	69,3
	Cesárea	1.840	17,5
	Fórceps	302	6,7
	Ventosa	705	2,9
	n.c.	368	3,4
Hijos Previos	Sí	4.859	46,3
	No	5.204	49,6
	n.c.	426	4,1
Edad materna	< 25	1.703	16,2
	26-30	4.080	38,9
	31-35	3.365	32,1
	> 35	1.106	10,5
	n.c.	235	2,2
Trabajo fuera de casa	Sí	3.937	37,5
	No	6.552	62,5
Baja maternal	Ninguna	4.779	45,6
	Más de tres meses	1.272	12,1
	n.c.	1.822	17,4
Nivel de estudios	Medios	3.378	32,2
	Primarios	5.161	49,2
	Superiores	1.510	14,4
	n.c.		

Tabla IV Frecuencia de lactancia materna (exclusiva o suplementada) y de lactancia artificial (exclusiva)

Edad	%L. materna	%L. artificial	n
0	84,2	15,8	10.487
1	77,6	22,4	9.244
2	65,8	34,2	7.989
3	54,9	45,1	6.953
4	42,1	57,9	5.743
5	33,2	66,8	5.064
6	24,8	75,2	3.950
7	19,1	80,9	3.339
8	15,1	84,9	2.270
9	11,6	88,4	1.838
10	10,7	89,3	1.063
11	9,9	90,1	606
12	7,2	92,8	276

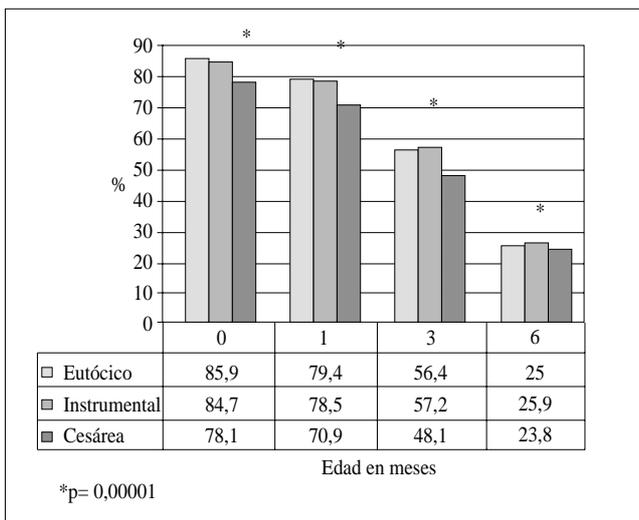


Figura 3. LM según el tipo de parto.

incluidas en el estudio. La figura 7, muestra los porcentajes de lactancia al mes, tres y seis meses, y la tabla VIII el tiempo medio de lactancia materna para cada provincia.

b) El consumo de leche artificial en España.

Otra forma de valorar la lactancia materna es analizar los datos de ventas de leche para lactantes, relacionándolos con la evolución de la natalidad.

En los últimos 8 años, las ventas globales de leche, I+II, aumentan de forma progresiva hasta 1995, sobre todo por un aumento en el consumo de las fórmulas de continuación. A partir de aquí hay un descenso moderado, fundamentalmente a expensas de la leche de inicio (Fig. 8). Relacionando la leche consumida con los nacimientos de cada año se comprueba un lige-

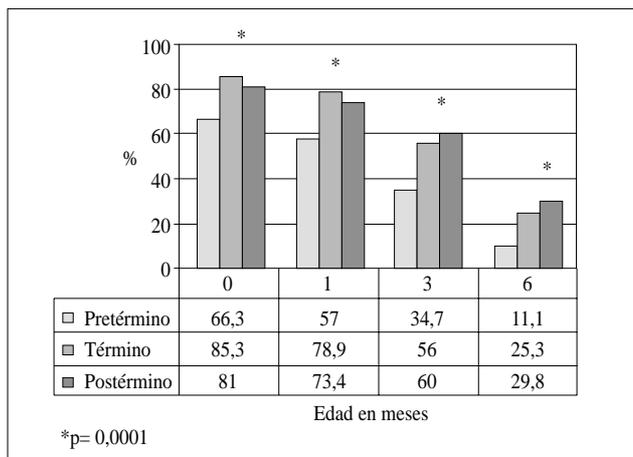


Figura 2. LM según la edad gestacional.

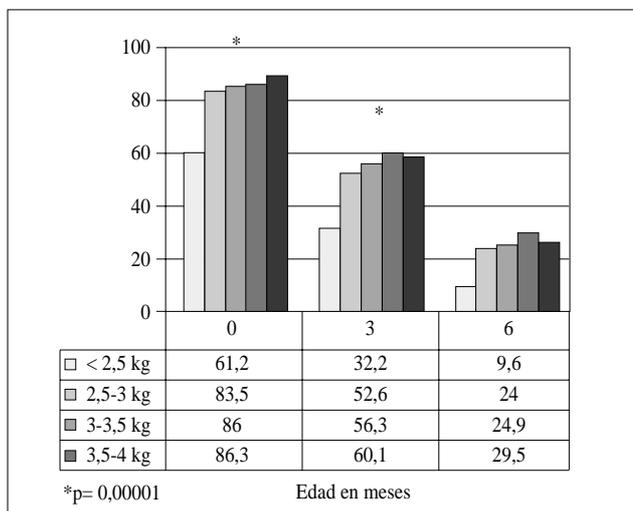


Figura 4. LM según el peso de nacimiento.

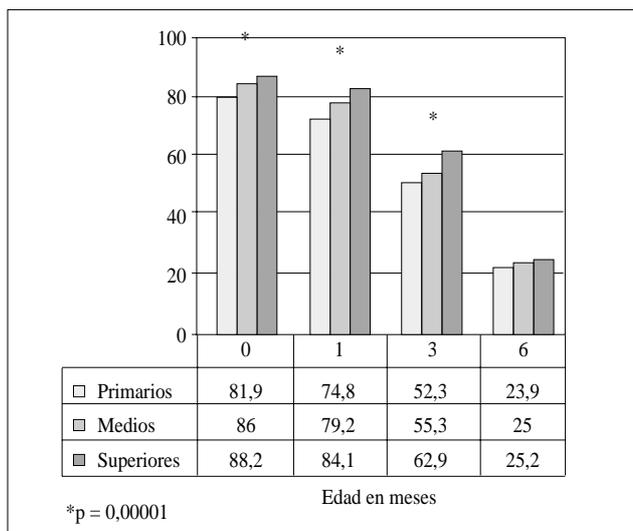


Figura 5. LM según el nivel de estudios materno.

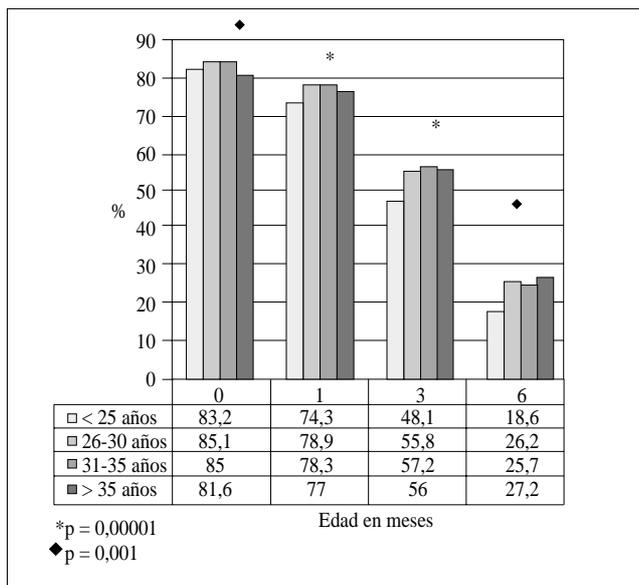


Figura 6. LM según la edad materna.

Tabla VI Comparación por sexos del porcentaje de lactancia materna. (Chi cuadrado)

Edad	n	Porcentaje de niños con lactancia materna		p
		Varones	Mujeres	
0	8.385	83,9	84,9	ns
1	6.803	76,7	78,6	0,029
2	4.993	64,6	67,2	0,018
3	3.622	54,0	55,9	ns
4	2.299	42,6	41,8	ns

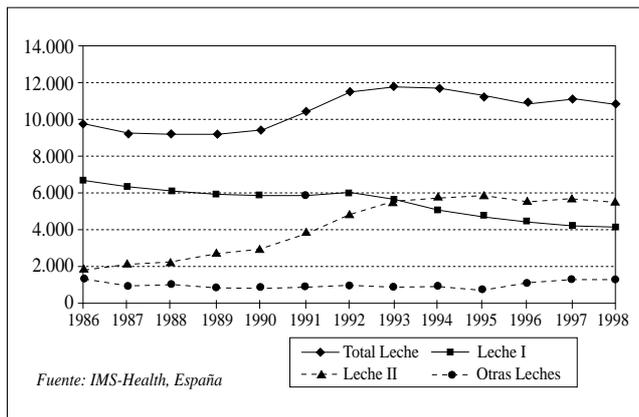


Figura 7. Ventas de leche infantil (toneladas/año).

ro aumento en la leche I consumida por cada niño hasta 1992, y un descenso marcado a partir de entonces hasta el último año. En cuanto a la leche II el aumento es muy importante hasta 1995, estabilizándose e incluso descendiendo ligeramente a partir de

Tabla V Comparación según la edad de la madre. (Chi cuadrado)

Edad	n	Porcentaje de niños amamantados				p
		≤ 25 años	26-30 años	31-35 años	> 35 años	
0	8.649	83,2	85,1	85,0	81,6	0,011
1	7.027	74,3	78,9	78,3	77,0	0,002
2	5.151	59,4	66,5	68,1	67,8	0,0000
3	3.733	48,1	55,8	57,2	56,0	0,00001
4	2.368	35,1	43,9	43,5	43,9	0,00004
5	1.643	25,7	35,4	33,9	35,2	0,00001
6	957	18,6	26,2	25,7	27,2	0,001
7	625	15,0	19,6	19,3	23,6	0,01

Tabla VII Comparación según tenga o no hijos previos. (Chi cuadrado)

Edad	n	Porcentaje de niños lactados		p
		Primíparas	Con hijos previos	
0	8.475	85,4	83,0	0,001
1	6.890	78,1	77,1	ns
2	5.071	66,3	65,6	ns
3	3.680	55,4	54,5	ns
4	2.339	42,7	41,8	ns

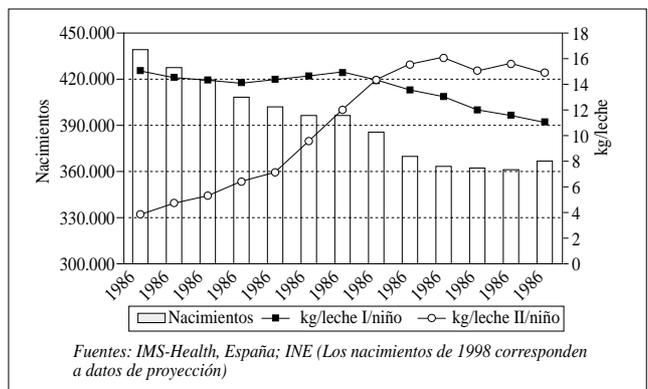


Figura 8. Consumo de leche artificial por lactante.

entonces (Fig. 9).

El aumento en el consumo de leche II, se debe con seguridad al retraso en la introducción de la leche de vaca, y su disminución en los últimos años puede relacionarse con el aumento en el consumo de las “leches de crecimiento” y en menor grado con el aumento de la lactancia materna. Por el contrario, parece lógico suponer que todo el descenso en el consumo de leche I se debe al aumento en la lactancia materna, ya que es poco probable que el consumo de leche de vaca o de fórmula II en lugar de la I tengan una participación importante.

También se dispone de los datos de consumo a nivel provincial, que evidencian diferencias importantes (Tabla IX). Una

Tabla VIII Tiempo medio de lactancia materna (exclusiva y mixta) en meses, por provincias. (Análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier)

Provincia	media (IC 95%)	mediana (IC 95%)
Valencia	3,63 (3,47-3,78)	3,0 (2,73-3,27)
Castellón	3,47 (3,22-3,72)	3,0 (2,56-3,44)
Alicante	3,29 (3,13-3,46)	3,0 (2,74-3,26)
Murcia	2,82 (1,96-3,67)	2,0 (1,17-2,83)
León	2,89 (2,62-3,16)	2,0 (1,55-2,45)
Zamora	3,05 (2,67-3,44)	3,0 (2,36-3,64)
Salamanca	3,16 (2,76-3,55)	3,0 (2,40-3,60)
Valladolid	3,08 (2,80-3,37)	3,0 (2,60-3,40)
Palencia	3,00 (2,57-3,42)	3,0 (2,50-3,50)
Burgos	3,55 (3,04-4,06)	3,0 (2,14-3,86)
Segovia	3,00 (2,50-3,50)	3,0 (1,94-4,06)
Avila	3,67 (3,16-4,17)	3,0 (2,55-3,45)
Asturias	2,18 (1,99-2,37)	2,0 (1,79-2,21)
Cantabria	2,37 (2,14-2,61)	2,0 (1,63-2,37)
Zaragoza	3,42 (3,16-3,69)	3,0 (2,36-3,37)
Huesca	3,25 (2,91-3,59)	3,0 (2,88-3,12)
Teruel	4,52 (3,46-5,59)	4,0 (2,47-5,53)
Madrid	3,21 (2,80-3,60)	3,0 (2,39-3,61)
Total	3,20 (3,13-3,27)	3,0 (2,93-3,07)

publicación anterior⁽¹⁾ no encontró relación entre el consumo de leche adaptada a nivel provincial y el porcentaje de universitarios, grado de desarrollo del trabajo, ingresos anuales por persona y grado de feminización laboral.

c) Los datos de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995 y 1997.

La Encuesta Nacional de Salud -se lleva a cabo cada 2 años- introdujo en el año 1995 como materia dentro de los bloques de información, la lactancia materna.

La pregunta que se utiliza es: ¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los 3 meses? ¿Y hasta los 6 meses?

La pregunta está introducida en el cuestionario infantil, la responde el responsable de los cuidados del niño (padre, madre o tutor) y sólo se formula si el niño tiene entre 6 meses y 4 años. Se ha preguntado en dos años, 1995 y 1997, en ambos casos con la misma metodología (Tabla X). En cada año cumplieron las condiciones de la pregunta 400 casos. Los resultados figuran en la Tabla XI.⁽²⁾

A pesar de la imprecisión que se puede achacar a la metodología, los datos de la Encuesta Nacional de Salud, también confirman una recuperación de la lactancia en España, en los últimos años.

II. Los errores del pasado

Es indudable que los pediatras siempre hemos buscado la mejor atención para las madres y sus hijos. El fruto de estas mejoras

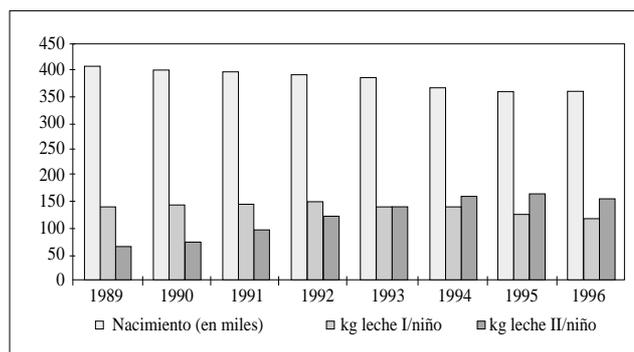


Figura 9. Consumo de leche por lactante.

son los dramáticos descensos en la morbilidad y mortalidad infantil, y sobre todo neonatal, conseguidos en las últimas décadas. Sin embargo, también es cierto que a veces hemos decidido qué era lo mejor para ellos sin consultarles y, de forma sorprendente, al tiempo que se conseguían los mejores índices de supervivencia, se alcanzaban las cotas más bajas de amamantamiento.

A nivel teórico, todas las publicaciones pediátricas españolas, recientes y antiguas, han defendido la supremacía de la leche humana y del amamantamiento como forma de alimentar a los lactantes. Sin embargo, la aplicación de rutinas de asistencia hospitalaria equivocadas -separación madre/hijo, inicio tardío, horarios rígidos, suplementos sistemáticos...-, el desconocimiento de la técnica, y la falta de experiencia, contribuyeron a que la lactancia artificial fuera la única alternativa que los profesionales sabíamos ofrecer a las madres con dificultades para iniciar el amamantamiento, o a niños con patrones de crecimiento irregulares.

En el extremo opuesto, la promoción de la lactancia manejada con radicalismo provocó complicaciones en casos esporádicos.

LAS INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN tampoco tuvieron un respaldo claro desde los pediatras. Tras conocer el efecto de la publicidad y de las campañas de promoción de los productos artificiales sobre la lactancia materna, se dictaron primero recomendaciones y después decretos oficiales para regular la elaboración, distribución, etiquetado, publicidad e información de las leches para lactantes y leches de continuación⁽³⁾. Parte de esta normativa, incidía en la actividad de los profesionales, en concreto se prohibía la distribución gratuita o a bajo precio de muestras de leche para lactantes directamente a las madres o indirectamente a través de los profesionales. Sin embargo, una parte importante de los pediatras continuaron -y continúan- regalando muestras de fórmula entre las madres que atendían, tanto en centros públicos, como privados.

A pesar de la insistencia con que se ha recomendado modificar los protocolos de asistencia hospitalaria^(4,5) cumplir la normativa vigente en cuanto a comercialización de leches artificiales⁽⁶⁾, y ser firmes en cuanto a informar a las madres de los beneficios de la lactancia, siguen siendo frecuentes la distribución de leche desde consultas pediátricas, la administración de

Tabla IX Consumo de leche adaptada por provincias

Provincia	Leche I /96*	Leche II/96*	Nacim/96.	I /niño**	LecheI/97*	LecheII/97*
Orense	35,29	39,96	1.963	18	28,94	34,86
Avila	18,61	19,27	1.206	15,4	15,30	17,61
Asturias	100,15	96,92	6.547	15,3	92,21	89,88
Lugo	29,32	35,33	1.963	14,9	23,40	27,79
Huelva	63,73	61,59	4.489	14,2	58,68	56,17
Coruña, La	103,21	117,21	7.386	14	95,94	106,92
Toledo	65,12	69,75	4.690	13,9	59,95	63,82
Pontevedra	98,41	106,99	7.134	13,8	88,18	99,62
Santa Cruz	102,54	92,79	7.571	13,5	97,94	92,91
Castellón	55,51	81,38	4.143	13,4	48,12	72,55
Palmas, Las	120,56	89,26	9.074	13,3	123,31	87,30
León	42,62	51,28	3.217	13,2	42,47	47,61
Zamora	16,91	23,07	1.290	13,1	15,87	22,25
Cáceres	47,20	48,47	3.603	13,1	43,45	46,97
Baleares	99,85	114,31	7.675	13	101,24	115,26
Alicante	166,29	214,77	12.838	13	149,82	188,49
Segovia	15,57	24,15	1.206	12,9	13,69	22,83
Valencia	247,65	299,05	19.340	12,8	231,59	279,38
Almería	69,98	90,58	5.564	12,6	68,36	85,19
Cuenca	20,27	29,12	1.613	12,6	18,34	26,16
Guadalajara	16,61	16,66	1.323	12,6	15,60	15,80
Gerona	60,86	84,99	4.880	12,5	57,36	83,34
Tarragona	62,60	82,21	5.083	12,3	58,67	75,61
Lérida	36,11	46,10	2.944	12,3	32,35	44,16
Ciudad Real	58,28	61,26	4.776	12,2	50,86	56,54
Cantabria	46,22	60,34	3.857	12	38,82	54,49
Teruel	11,43	14,14	963	11,9	10,38	13,86
Córdoba	96,30	121,35	8.135	11,8	88,37	109,03
Murcia	148,47	170,83	12.600	11,8	138,66	152,32
Málaga	147,57	214,32	12.626	11,7	128,21	189,29
Jaén	81,31	96,73	7.023	11,6	75,08	87,64
Badajoz	77,48	77,92	6.698	11,6	70,77	70,52
Sevilla	197,82	247,02	17.970	11	192,47	228,74
Madrid	520,99	585,00	47.449	11	495,47	543,79
Rioja, La	21,99	31,11	2.017	10,9	18,85	28,75
Valladolid	40,27	56,31	3.701	10,9	36,67	54,93
Huesca	16,76	25,21	1.549	10,8	15,81	22,42
Barcelona	446,69	596,33	41.420	10,8	422,33	559,17
Palencia	13,83	22,79	1.291	10,7	11,32	18,46
Zaragoza	71,47	83,11	6.755	10,6	62,69	75,32
Soria	6,63	10,23	634	10,5	6,49	9,64
Guipúzcoa	57,98	85,43	5.597	10,4	51,82	78,42
Salamanca	26,15	43,43	2.541	10,3	25,09	42,05
Granada	91,95	108,23	9.004	10,2	86,04	97,06
Albacete	37,85	49,72	3.711	10,2	33,25	41,72
Cádiz	123,13	157,13	12.111	10,2	117,37	147,21
Burgos	24,02	39,02	2.510	9,6	22,22	33,025
Vizcaya	77,19	123,67	8.210	9,4	71,10	113,83
Navarra	42,45	86,38	4.797	8,8	40,30	77,16
Alava	18,03	34,54	2.253	8	15,48	30,29

* Expresado en toneladas; ** Expresado en Kg de leche I/niño.

Fuentes IMS-Health, España; INE.

Tabla X Características técnicas de la Encuesta Nacional de Salud

<i>Año de realización</i>	<i>Muestra</i>	<i>Procedimiento del muestreo</i>	<i>Fecha de realización del trabajo de campo</i>	<i>Representatividad</i>
1995 y 1997	2.000 niños 6.400 adultos	Polietápico, estratificado, proporcional, selección de individuos por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.	Oleadas: cuatro submuestras, una trimestral. Todo el año excepto julio y agosto.	Nacional

Tabla XI Resultados de la Encuesta Nacional de Salud para la Lactancia Materna (400 casos)

<i>Tipo de lactancia</i>	<i>1995 (%)</i>	<i>1997 (%)</i>
6 semanas		
Natural	60,5	65,5
Mixta	10,4	10,4
Artificial	28,0	23,6
N.C.	1,1	0,5
3 meses		
Natural	37,4	43,8
Mixta	16,8	14,3
Artificial	44,7	41,0
N.C.	1,1	0,9
6 meses		
Natural	15,1	21,2
Mixta	17,5	13,8
Artificial	65,6	64,1
N.C.	1,8	0,9

biberones con poca justificación, la separación madre/hijo, la interrupción de la lactancia por consumo de medicamentos que no la contraindican, o la tibiaza para asegurar que la lactancia es beneficiosa para el niño y para la madre.

III. Recomendaciones para la promoción de la lactancia

Es un hecho que la lactancia materna está remontando en nuestro país, la valoración de las encuestas de prevalencia y el consumo de leche artificial así lo demuestran. Esto nos obliga como pediatras a revisar nuestros protocolos asistenciales y nuestros conocimientos en torno a la lactancia.

La lactancia requiere un aprendizaje. Muchas madres descubren tras el parto que no saben cómo han de dar el pecho y afrontan con intranquilidad los problemas iniciales. Las dificultades en el acoplamiento del niño, el retraso en la “subida de leche”, el dolor de la ingurgitación mamaria o los trastornos de la succión, se superan fácilmente si la madre los conoce previamente, pero provocan el abandono de las que no están preparadas. Más de la mitad de las madres son primíparas, por tanto inexpertas. Es importante tratar con las madres el tema de la lactancia durante el embarazo, programando un mo-

mento para que puedan tener un conocimiento real de la lactancia antes del parto. Los vídeos o contactos con madres de parto reciente, pueden ser una alternativa eficaz para realizar este aprendizaje.

El 99% de los partos ocurren en un hospital. La importancia de las rutinas de asistencia no admite dudas (inicio precoz de la lactancia, contacto continuado, lactancia a demanda). La separación madre/hijo por problemas menores o la administración de biberones con justificaciones dudosas afectan seriamente el inicio de la lactancia, y comprometen el éxito a largo plazo.

Las madres que dan el pecho exigen más paciencia y dedicación que las que optan por biberón. El personal de las plantas de maternidad también necesita ser adiestrado para ofrecer ayuda e información a las madres sin caer en contradicciones. Los biberones médicamente indicados, administrados a hijos de madres bien informadas e interesadas en lactar, interfieren poco con la lactancia, siempre que se mantenga el estímulo sobre las mamas y el contacto madre/hijo.

Un caso especial son las cesáreas. Los resultados de las estadísticas reflejan que el parto mediante cesárea se asocia a mayor índice de fracasos en la lactancia. En esta asociación juegan un papel importante la separación de la madre del hijo y la administración de biberones en las primeras horas, que se justifican por la necesidad de vigilar a un niño procedente de un parto de riesgo, o a la espera para que la madre elimine la medicación administrada durante la cesárea. Sin embargo, en un porcentaje alto de casos los recién nacidos mediante cesárea no precisan cuidados especiales. Y por otro lado, si se diera la posibilidad de elegir a las madres, también en muchos casos preferirían afrontar las molestias que genera el inicio precoz de la lactancia, a mantener la separación de sus hijos durante varias horas con lactancia artificial.

La hospitalización del recién nacido afecta la duración de la lactancia. Cuando se trata de patologías menores, hiperbilirrubinemia, riesgo infeccioso no confirmado, bajo peso cercano a la normalidad, observaciones transitorias,... se deberían dar indicaciones precisas a la madre para mantener y estimular la producción de leche, procurando reiniciar la lactancia en cuanto las condiciones del niño y de la madre lo permitan. Una publicación reciente de nuestro propio país refiere las ventajas que se pueden derivar para recién nacidos prematuros, del contacto precoz madre-hijo a través del método canguro⁽⁷⁾.

Otro factor “médico” que afecta negativamente a la lactancia es la recomendación de interrumpirla ante patologías leves

o tratamientos de la madre. Los medicamentos más frecuentemente utilizados son, en su mayoría, compatibles con la lactancia. Hay publicaciones con datos sobre la eliminación de fármacos a través de la leche y las dosis seguras para el niño, que deben ser consultados en caso de duda, antes de recomendar a la madre la interrupción⁽⁸⁾.

Son contraindicaciones absolutas por parte de la madre, la quimioterapia oncológica, el SIDA, el alcoholismo cuando la madre se niega a reducir la ingesta de alcohol y la adicción a drogas ilegales.

Por parte del recién nacido la lactancia está contraindicada en el caso de galactosemia, y de forma relativa o temporal el herpes simple en la boca del niño, la fenilcetonuria y la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce -en estas últimas se permiten la lactancia como complemento a fórmulas especiales con monitorización adecuada de los niveles de aminoácidos plasmáticos.

En algunas situaciones hay que tener una vigilancia especial:^(9,10)

Lesión de *Herpes simple en la mama*: no se debe amamantar con la mama afectada, pero se puede lactar con la otra. *Tuberculosis activa*: la madre no debe amamantar mientras tenga baciloscopias positivas, pero sí podría utilizar su leche para lactar. *Brucelosis materna activa*⁽¹¹⁾. *Varicela*: está contraindicado amamantar si la madre se hace sintomática en el período comprendido entre los 6 días antes del parto y los 2 días después. Se puede restablecer la lactancia cuando la madre deja de ser infectante. La leche no transmite la infección. *Citomegalovirus*: la infección de la madre no es contraindicación al amamantamiento, excepto en prematuros muy inmaduros. *Hepatitis B*: se puede lactar sin que aumente el riesgo de transmisión vertical si el recién nacido recibe profilaxis con gammaglobulina y vacuna específica. *Hepatitis C*: hasta el momento no se ha documentado la transmisión a través de la lactancia, aunque teóricamente fuera posible. Si la madre tiene interés en lactar y la carga vírica no es muy elevada puede lactar con mínimo riesgo. *Psicosis, depresión...*: valorar en cada caso las ventajas e inconvenientes que puede reportar a la madre y a su hijo. *Mastitis*: la lactancia favorece

la resolución del problema. No hay ningún riesgo para el lactante. *Absceso mamario*: impide lactar si es drenado cerca de la areola.

En algunos círculos se mantiene la opinión de que la promoción de la lactancia materna por parte de los profesionales puede representar una coacción a la libertad de decisión de las madres, y que puede provocarles alteraciones emocionales si no son capaces de conseguir lactar con éxito. Dando por sentado que ninguna madre ha de ser forzada a iniciar la lactancia si ella misma no lo decide voluntariamente, los profesionales no podemos dejar dudas en cuanto nuestro convencimiento de las ventajas de la lactancia, tanto para la madre, como para el hijo.

Bibliografía

- 1 Comité de Lactancia Materna: Lactancia Materna en España hoy. *Bol Pediatr* 1997; **37**:132-142.
- 2 Encuesta Nacional de Salud. Dirección General de Salud Pública. Datos provisionales. 1999.
- 3 Real Decreto 1408/1992 de 20 de noviembre (BOE: 13 de enero de 1993) Real Decreto 46/1996 de 19 de enero (BOE: 20 de febrero de 1996).
- 4 Martín-Calama J, Bargaño JM, Sánchez Villares E: Lactancia materna. Diez preguntas de actualidad. *An Esp Pediatr* 1985; **22**:149-155.
- 5 Tembours MC, Polanco I, Otero A: Importancia de las rutinas de la maternidad en el éxito de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1992; **36**:367-370.
- 6 Martín-Calama J, Lozano MJ, Lasarte J, Valero MT: La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. Actualidad Nutricional "El pediatra y la promoción de la lactancia materna". 1995; **21**:4-10.
- 7 Closa R, Moralejo J, Ravés MM, Martínez MJ, Gómez Papi A: Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *An Esp Pediatr* 1998; **49**:495-498.
- 8 American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; **93**:137-149.
- 9 Valdes V, Pérez A, Labbok M. Lactancia para la madre y el niño. Santiago de Chile: Mediterráneo 1994: 99-103.
- 10 Lawrence RA. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. 4ª ed St. Louis: Mosby-Year Book, Inc; 1994.