

# Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España

L.M<sup>a</sup> Barriuso Lapresa, F. Sánchez-Valverde Visus, C. Romero Ibarra, J.C. Vitoria Comerzana<sup>1</sup>

**Resumen.** *Objetivos:* Investigar cuántas madres del centro-norte de España lactan a sus hijos y los factores prenatales y perinatales que rodean al binomio madre-hijo en esta área geográfica.

*Métodos:* De octubre a diciembre de 1992 se seleccionó una muestra de 1175 niños en las quince maternidades más importantes de Aragón, País Vasco, Cantabria, La Rioja, Navarra y Soria. Se realizó un estudio prospectivo hasta la edad de 12 meses.

*Resultados:* Comienzan con lactancia materna un 79,7% del total, con mixta el 8,5% y con lactancia artificial el 11,8%. Estas cifras se van invirtiendo a lo largo del primer semestre, de tal modo que a los 6 meses continúan con lactancia materna 43 niños (3,9%). La duración media de la lactancia materna en nuestro medio es de 1,1 meses.

La madre procede del medio urbano en el 58,2% de los casos, tiene estudios primarios o medios (50% y 36,1% respectivamente), asiste a clases de preparación al parto (57,3%) y no ha recibido muestra regalo (78%). Aproximadamente la mitad son amas de casa (52,3%). El parto ha sido eutócico en el 79,6% de los casos y la madre no ha estado acompañada por su marido en el 68,8% de los partos. El bebé se puso tardíamente al pecho (79,5%) y se le ofreció suero glucosado o agua durante su estancia en maternidad (97%). Cohabitaba con la madre según método "rooming-in" en el 81,7% de los casos.

*Conclusiones:* el modelo de lactancia materna vigente en el centro-norte de España es la categoría I de la OMS con menores cifras a los 3 y 6 meses de vida. Las pautas de sus maternidades se alejan de las de los Hospitales Amigos de los Niños.

*An Esp Pediatr 1999;50:237-243.*

**Palabras clave:** Lactancia materna; Epidemiología; Factores maternos; Factores perinatales.

## EPIDEMIOLOGY OF BREASTFEEDING IN NORTH-CENTRAL SPAIN

**Abstract.** *Objective:* our aim was to investigate the prevalence of breastfeeding in the north-central region of Spain and to study its prenatal and perinatal factors.

*Patients and methods:* from October 1992 to December 1992, 1175 infants were selected from fifteen maternity units in Aragón, País Vasco, Cantabria, La Rioja, Navarra and Soria and follow up during a one year period.

*Results:* At the time of discharge from the nursery unit, 79.9% of the newborns were exclusively breastfed, 8.5% were breast and bottle-fed and 11.8% were bottle-fed. At six months of life, we found that only 3.9% (43 babies) of the infants continue with breastfeeding. The mean

period of breastfeeding in our area is 1.1 months. Of the mothers studied, 58.2% were from cities areas and 50% had basic academic studies, while 36.1% had intermediate studies. Approximately half of the mothers did receive prenatal preparation and 78% of them did not receive a free sample of infant formula. Half of the mothers were housewives. Normal delivery occurred in 79.6% and 68.8% were without their husbands. Placement of the baby to the breast occurred late in 79.5% and 97% of the babies received glucose or water in the nursery. Most of the newborns (81.7%) were with the mother 24 hours a day.

*Conclusions:* Breastfeeding in the north-central region of Spain fits level 1 of the WHO classification. However, the prevalence at 3 and 6 months of life is lower. Protocols in the maternity units of this area are at a distance from those of the Baby-friendly Hospital Initiative.

**Key words:** Breastfeeding. Epidemiology. Maternal factors. Perinatal factors.

## Introducción

La lactancia materna (LM) es un fenómeno tan antiguo como el hombre. En su ausencia no podría haber sobrevivido a lo largo de la historia<sup>(1)</sup>. Sin embargo, esta situación ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Hace aproximadamente cien años, coincidiendo con la Revolución Industrial, surge un nuevo fenómeno alimenticio: la lactancia artificial (LA). Este nuevo tipo de lactancia se generalizó a partir de la Segunda Guerra Mundial comenzando por los países más desarrollados y alcanzando unas dos décadas después al resto<sup>(1,2)</sup>.

En 1920, en Estados Unidos la LM era el alimento exclusivo de los niños hasta los 12 meses de vida. Sin embargo, hacia los años 40, se comenzó a abandonar indiscriminadamente a favor de la LA<sup>(2)</sup>. Esta costumbre se exportó posteriormente a Europa Occidental y años después a la Oriental. Unos quince años después la LA alcanzó también las zonas menos desarrolladas del planeta: África, Latinoamérica, Asia...<sup>(3-5)</sup>. La modernización parecía ir asociada al abandono de la LM<sup>(6)</sup>. Este cambio de alimentación trajo consigo unas consecuencias sanitarias nefastas: la morbimortalidad infantil aumentó espectacularmente de modo inmediato. Los países más desarrollados se alarmaron, comenzaron a promocionar la LM y a finales de los años 70 se consiguieron destacados incrementos en su prevalencia<sup>(7-14)</sup>. Sin embargo, los países subdesarrollados, que eran los más perjudicados, seguían imitando a los desarrollados y las clases inferiores a las superiores, adscribiéndose a la nueva moda de la LA con el decalaje descrito. Esta alarmante situación hizo que aunque más tardíamente, también en estos países se pusieran en marcha iniciativas promotoras de la LM. Estas han ido dando sus

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya).

*Correspondencia:* Dra. Laura María Barriuso Lapresa. Marqués de la Cenía 39-11° 2°. 07014 Palma de Mallorca.

*Recibido:* Junio 1998

*Aceptado:* Noviembre 1998

Tabla I Distribución de casos por hospitales

| Hospital          | Provincia | Comunidad  | Nº niños | % total | Partos total* (%) |
|-------------------|-----------|------------|----------|---------|-------------------|
| M. Servet         | Zaragoza  | Aragón     | 143      | 12,2    | 75%               |
| Clinico           | 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     |                   |
| SS Huesca         | Huesca    | Aragón     | 39       | 3,3     | 53,7%             |
| SS Jaca           | Huesca    | Aragón     | 10       | 0,9     |                   |
| Virgen del Camino | Navarra   | Navarra    | 122      | 10,4    | 67%               |
| SS Logroño        | La Rioja  | La Rioja   | 66       | 5,6     | 98%               |
| Txagorritxu       | Alava     | País Vasco | 78       | 6,6     | 90%               |
| Aránzazu          | 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.

frutos y en la última década asistimos a un evidente resurgimiento de la LM en los países más deprimidos<sup>(15,16)</sup>.

España no ha sido ajena a estas modificaciones del hábito de lactancia. Tras el grave descenso en los años 70, y a pesar de que en nuestro país no se ha realizado una promoción tan activa, actualmente se observa una mejoría de las cifras de LM<sup>(17)</sup>. Esta mejoría no es totalmente satisfactoria: las cifras en el momento del alta de maternidad han aumentado, pero se sigue abandonando precoz y masivamente durante los tres primeros meses de vida. Las cifras de LM a los 6 meses son casi indetectables<sup>(18-25)</sup>. El modelo de lactancia vigente en nuestro país es la categoría I de la OMS con cifras menores a los tres y seis meses de vida.

## Material y métodos

### Universo

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 I.

### Cálculo de la muestra

Dada la variación que existe con respecto a la proporción estimada de madres que pudieran estar lactando a sus hijos cada mes, se calculó el número de sujetos necesario para la estimación de una proporción, tomando la hipótesis más desfavorable de una proporción esperada de 0,50, un nivel de confianza de (1-alfa) = 95% y un error beta o precisión de +3%. El número de sujetos necesarios era de 1.067. 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 al estudio, proporcionalmente a la cifra de partos de cada Comunidad Autónoma o área estudiada. Dentro de éstas, se distribuyó según las provincias concretas y

Tabla II Criterios de exclusión

|  |
|--|
| - parto gemelar                            |
| - peso natal < 2.500 gramos                |
| - edad gestacional < 37 semanas            |
| - ingreso neonatal por cualquier motivo    |
| - pertenencia a grupos sociales marginales |

en último término según cada uno de los hospitales incluidos en el estudio. El reparto de los niños estudiados en cada centro lo podemos observar en la tabla I. En todos los casos el porcentaje de partos de cada hospital era superior al 50% de los provinciales, lo que nos hace considerar que nuestros resultados son representativos de toda el área geográfica.

### Captación y seguimiento

Los niños se seleccionaban al nacimiento, por muestreo consecutivo según los criterios de exclusión (Tabla II). 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 mensualmente mediante llamada telefónica para conocer la situación de la lactancia. Cuando se abandonaba completamente la LM se cerraba el caso. El estudio se realizó 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.

### Encuesta realizada

La encuesta que se realizaba a las madres se dividía en los siguientes apartados:

- identificación materna
- identificación perinatal
- prevalencia de la lactancia
- causa de abandono de LM
- persona que indica introducción de LA

### Sistema de registro y seguimiento

Se diseñó un registro mediante codificación numérica de todas las variables estudiadas. Las variables incluidas en dicho registro las podemos ver en la Tabla III.

### Explotación de datos

La recogida de datos se centralizó en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona, donde un solo observador introdujo todos los datos en el programa DBASE-IV. A continuación se depuró la base de datos y se explotó tras su exportación al paquete estadístico SPSS para Windows 6.0. El estudio estadístico se ha realizado mediante el Test de Chi-cuadrado. Se consideraron las diferencias significativas cuando el valor de p es menor o igual a 0,05.

### Resultados

El total de casos válidos ha sido 1.175. Dado que la metodología del estudio consistió en una encuesta telefónica que se ha realizado a lo largo de varios meses, en ocasiones y dependiendo de las variables investigadas, estos casos han podido ser algunos menos. Esta cuestión se indica en cada una de las tablas o gráficos explicativos. Las cifras totales y porcentajes son siempre sobre las repuestas válidas.

#### A.- Variables de identificación materna

##### 1.- Zona de origen

La asignación se hizo en relación al número de nacimientos anuales de cada una de dichas zonas: 480 niños se seleccionaron en el País Vasco, 337 en Aragón, 131 en Cantabria, 122 en Navarra, 65 en La Rioja y 40 en Soria.

##### 2.- Provincia de origen

La distribución de los casos por provincias se expresa en la tabla I.

##### 3.- Hospital

En la tabla I mostramos cómo se distribuyen los casos entre los quince hospitales colaboradores.

##### 4.- Medio geográfico

Los resultados se detallan a continuación:

- Urbano: > 30.000 habitantes: 681 casos (58,2%).
- Semiurbano: 10-30.000 habitantes: 190 (16,2%)
- Rural: < 10.000 habitantes: 300 casos (25,6%).

##### 5.- Edad, estudios y trabajo materno

La edad media de la madre era de 29,21 años. Tenían estudios primarios el 50% de ellas, medios el 36,1 % y superiores el 12,9%. En total el 45,8% de las madres trabajaban fuera del hogar (el 8,8% por cuenta propia) y el 52,3% eran amas de casa.

##### 6. - Número de hijos

El número de hijos incluía el niño objeto de estudio. El número

Tabla III Variables incluidas en el registro

|   |   |
|---|---|
| <b>Identificación materna</b>   | Zona<br>Provincia<br>Hospital<br>Medio geográfico<br>Edad de la madre<br>Nivel de estudios de la madre<br>Situación laboral madre<br>Número de hijos  |
| <b>Identificación perinatal</b>   | Días de estancia hospitalaria<br>Peso natal<br>Preparación parto<br>Muestra regalo<br>Tipo de parto<br>Presencia del marido en el parto<br>"Rooming-in"<br>Tiempo de puesta al pecho<br>Suero glucosado |
| <b>Prevalencia de lactancia materna, mixta y artificial</b>   | Al alta hospitalaria<br>1 mes<br>2 meses<br>3 meses<br>4 meses<br>5 meses<br>6 meses<br>Edad introducción LA  |
| <b>Causa identificada para el abandono de lactancia materna (Pregunta abierta. Admite respuesta múltiple)</b> | Decisión materna<br>Pauta hospitalaria<br>Indicación hospitalaria<br>Hipogalactia<br>Escasa ganancia ponderal<br>Separación materno-infantil<br>Trabajo materno   |
| <b>Persona que indica introducción de leche artificial (Pregunta abierta. Admite respuesta múltiple)</b>      | Iniciativa propia<br>Pediatra<br>Familiar<br>Amistades<br>Farmacéutico. Otros sanitarios  |
| <b>Controles periódicos del niño (Pregunta abierta. Admite respuesta múltiple)</b>                            | Centro de Salud<br>Ambulatorio<br>Consulta privada<br>Médico general<br>Enfermera y/o comadrona   |

mero medio era de 1,56, es decir, generalmente el niño estudiado se trataba del primer o del segundo hijo. Se trataba del primer hijo en 601 casos (55,4%), del segundo hijo en 389 casos (35,9%), del tercero en 70 casos (6,5%) y en los 24 restantes (2,3%) se trataba de más de un tercero.

#### B.- Variables de identificación perinatal

En la tabla IV podemos observar los resultados con respecto a las variables de identificación perinatal, condicionantes de tipo hospitalario y rutinas de maternidad investigadas. Al estu-

Tabla IV Variables de identificación perinatal

|                                  |           |              |
|----------------------------------|-----------|--------------|
| <b>Preparación al parto:</b>     |           |              |
| - sí                             | N = 1.165 | 679 (57,3%)  |
| - no                             |           | 486 (41,7%)  |
| <b>Muestra regalo:</b>           |           |              |
| - sí                             | N = 1.171 | 257 (21,9%)  |
| - no                             |           | 914 (78%)    |
| <b>Marido en el parto:</b>       |           |              |
| - sí                             | N = 1.167 | 364 (31,2%)  |
| - no                             |           | 803 (68,8%)  |
| <b>Tipo parto:</b>               |           |              |
| - eutócico                       |           | 935 (79,6%)  |
| - cesárea                        | N = 1.174 | 141 (12%)    |
| - otras distocias                |           | 98 (8,3%)    |
| <b>“Rooming-in”:</b>             |           |              |
| - sí                             | N = 1.168 | 954 (81,7%)  |
| - no                             |           | 214 (18,3%)  |
| <b>Puesta al pecho:</b>          |           |              |
| - precoz                         |           | 60 (5,4%)    |
| - media                          | N = 1.119 | 169 (15,1%)  |
| - tardía                         |           | 890 (79,5%)  |
| <b>Suero glucosado y/o agua:</b> |           |              |
| - sí                             | N = 1.120 | 1.086* (97%) |
| - no                             |           | 34 (3%)      |
| <b>Peso natal medio</b>          | N = 1.162 | 3.342 g      |
| <b>Estancia media del niño</b>   | N = 1.162 | 4,2 días     |

\* 47 niños recibieron agua.

diar la muestra regalo, la pregunta se refería a su recepción previamente al nacimiento del niño. Se consideró “rooming-in” cuando el niño estaba dentro de la habitación de la madre. Se incluían los casos en que la cuna disponía de un mecanismo giratorio hacia un box interior accesible al personal de enfermería.

Se investigó la puesta al pecho a través de una variable con las siguientes categorías:

- categoría 1: < de 30 minutos: 38 casos (3,4%)
- categoría 2: 30-60 minutos: 22 casos (2%)
- categoría 3: 60-120 minutos: 49 casos (4,4%)
- categoría 4: 120-240 minutos: 120 casos (10,7%)
- categoría 5: > de 240 minutos: 890 casos (79,5%)

En total respondieron a esta pregunta 1.119 madres, ya que 56 de ellas (4,8%) decidieron no iniciar la LM, o no la pudieron iniciar. Posteriormente se generó una nueva variable sobre la puesta del niño por primera vez al pecho, con las siguientes categorías:

- \* Precoz: categorías 1 y 2: menos de 60 minutos: 60 casos (5,4%).
  - \* Media: categorías 3 y 4: de 60 a 240 minutos: 169 casos (15,1%).
  - \* Tardía: categoría 5: más de 240 minutos: 890 casos (79,5%).
- Hubo 47 recién nacidos (4%) a los que durante su estancia

Tabla V 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 |

LM: lactancia materna. L mixta: lactancia mixta.  
 LA: lactancia artificial.  
 \* 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.

en maternidad se les ofreció agua en vez de suero glucosado. Todos ellos correspondían al País Vasco y mayoritariamente al Hospital de Basurto de Bilbao. La estancia media en la maternidad era 4,2 días, aunque lo más frecuente fueron 3 días con un total de 635 casos recogidos (54%).

### C.- Tipo de lactancia inicial y duración de la LM

Se realiza el seguimiento de los niños seleccionados desde recién nacido hasta los 6 meses, para saber en cada edad en qué situación alimentaria se encuentran: lactancia materna, mixta o artificial. Anotemos que cuando hablamos de LM nos referimos siempre a la lactancia materna exclusiva. En la tabla V podemos comprobar que comienzan 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 6 meses 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 LM en nuestro medio, según la definición de la OMS es de 1,1 meses. La edad media de introducción de la LA fue de 49,22 días si incluimos a los 89 niños a los que se les introdujo la LA el primer día de vida. Si los excluimos, se retrasa hasta los 53,27 días.

### D.- Causas identificadas para el abandono de la LM

Se pretende averiguar cuáles son los motivos que las madres aducen con más frecuencia para abandonar la LM o no iniciarla. Siempre se trataba de la causa que la madre identificaba, independientemente de que ésta pudiera ser o no objetivable (Tabla VI). La hipogalactia, la decisión materna y la escasa ganancia ponderal, son las razones más frecuentemente referidas. Un 9,6% de los casos lo atribuyen al trabajo materno.

### E.- Persona que indica la introducción de leche artificial

Se pretenden averiguar los principales elementos de referencia a la hora del abandono de la LM. Tiene algún paralelismo con la anterior y las respuestas se muestran en la tabla VII. 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

Tabla VI Causa identificada para el abandono de LM\* (n=1.082)

| Causa                     | Número de casos válidos | % Respuestas válidas** |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| Hipogalactia              | 435                     | 40,2                   |
| Decisión materna          | 341                     | 31,5                   |
| Escasa ganancia ponderal  | 284                     | 26,2                   |
| Trabajo madre             | 104                     | 9,6                    |
| Indicación hospitalaria   | 48                      | 4,4                    |
| Pauta hospitalaria        | 26                      | 2,4                    |
| Separación materno-filial | 17                      | 1,6                    |
| Otros                     | 123                     | 11,4                   |

LM: lactancia materna.  
 \* Pregunta abierta. Admite respuesta múltiple.  
 \*\*Porcentaje válido de respuestas para cada una de las respuestas con respecto al total de registros.

iniciar la LA.  
 Discusión

En nuestro estudio se demuestra que en el centro-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 nuestro país<sup>(17,18,21-26)</sup>. 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%). Por tanto, en la actualidad en esta zona está vigente la categoría I de la OMS con menores cifras a los tres y seis meses de vida. El abandono es máximo durante el primer mes de vida: diariamente el 1% de los neonatos la abandonan. Este primer mes parece ser decisivo en la tendencia posterior de la lactancia: el descenso es 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 masivamente durante el primer mes de vida. Si la causa fuera una hipogalactia verdadera o la decisión materna, posiblemente no la habrían iniciado. Este abandono parece más bien atribuible a un apoyo insuficiente a la madre lactante y al medio tan agresivamente "anti-lactancia materna" que nos rodea.

En nuestro trabajo las cifras de LM a los seis meses de vida son indetectables (3,9%) al igual que sucede en otros trabajos realizados en nuestro país<sup>(17,20,23,24,27,28)</sup>. A pesar de que las recomendaciones internacionales ponen de manifiesto que la lactancia materna exclusiva es el alimento ideal para el bebé durante los 4-6 primeros meses de vida<sup>(1,29)</sup>, 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% de la población. Además recordemos que este estudio se ha realizado en una muestra de niños con menor riesgo de abandonar precozmente la LM: se han excluido los de ba-

Tabla VII Persona que indica introducción LA\* (n=1.083)

| Persona               | Número de casos válidos | % Respuestas válidas** |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| Pediatra              | 712                     | 65,7                   |
| Propia madre          | 396                     | 36,6                   |
| Enfermera o comadrona | 84                      | 7,8                    |
| Familiar              | 18                      | 1,7                    |
| Farmacéutico          | 9                       | 0,8                    |
| Amistades             | 8                       | 0,7                    |
| Otros                 | 23                      | 2,1                    |

LA: lactancia artificial.  
 \* Pregunta abierta. Admite respuesta múltiple.  
 \*\*Porcentaje de respuestas válidas para cada una de las preguntas.

jo peso, prematuros, gemelares... (Tabla II). Por consiguiente, hemos de suponer que las cifras en la población general son menores.

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<sup>(22,25)</sup>, ya que, en general, las madres españolas tienen una idea positiva de la misma<sup>(22,23,25,30)</sup> y recordemos que apenas un 10% de las mujeres padecen una hipogalactia verdadera<sup>(1)</sup>. Por tanto, parece evidente que en el abandono masivo de la LM intervienen factores ajenos a la capacidad materna de amamantar y al deseo de la madre. Sin duda alguna el entorno que rodea a la madre ya desde la misma maternidad ejerce una influencia negativa evidente.

La edad media de introducción de la LA fue de 49,22 días si incluimos a los 89 niños a los que se les introdujo desde el primer día de vida. Si los excluimos se retrasa hasta los 53,27 días. Tal y como ocurre en otros estudios, la hipogalactia es el motivo más frecuentemente aducido por las madres para introducir la LA<sup>(1,22,24,27,31-36)</sup>. La propia decisión materna y la escasa ganancia ponderal también son razones referidas frecuentemente por nuestras madres. Casi el 10% de los casos identifica el trabajo materno como causa de abandono de la LM. Sin duda alguna tal y como muestran otros autores, la incorporación materna al trabajo dificulta la LM<sup>(35,37-40)</sup>. El pediatra en el 65,7% de los casos y la propia madre en el 36,6%, son quienes con más frecuencia toman la decisión de iniciar la LA. Estas cifras coinciden con las de otros autores<sup>(27,33,35)</sup>. 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. Estas cifras que resultan excesivas también han sido detectadas en otros trabajos<sup>(27,35)</sup>.

Para intentar comprender la situación se han estudiado diversas variables maternas y perinatales que se han relacionado con la prevalencia de la LM en estudios previos. En cualquiera

de los casos, la opción por la LM y la duración de la misma está influenciada por multitud de factores en ocasiones muy difíciles de delimitar. A continuación comentamos los resultados obtenidos. Existe un alto porcentaje de entrega de muestra regalo (21,9%), una mediana asistencia del marido al parto (31,2%) y un bajo porcentaje de cesáreas (12%). Con respecto a las variables hospitalarias: el "rooming-in" está presente en el 81,7% de los casos, la puesta al pecho se realiza masivamente de modo tardío (79,5%) y se ofrece casi sistemáticamente suero glucosado y/o agua en la maternidad (97%). Con respecto al perfil materno, en nuestro estudio existe un mayor porcentaje de primíparas (55,4%) y de estudios superiores (12,9%) que en estudios previos realizados en nuestro país, siguiendo la tendencia actual de la sociedad española.

Si comparamos el decálogo de la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños (Tabla VIII) con las pautas realizadas en las maternidades de nuestra área, comprobamos que éstas se alejan mucho de una adecuada promoción. A los neonatos de modo sistemático se les administra ayudas pacificantes de suero glucosado o de agua, la puesta al pecho se realiza mayoritariamente de modo tardío (más de 240 minutos) y con frecuencia se establecen horarios rígidos de amamantamiento. Sólomente el 81,7% de las madres conviven de modo continuado con su hijo, requisito imprescindible para la puesta al pecho sin horario. En otros trabajos también se ha objetivado que las pautas empleadas en la mayoría de nuestras maternidades no favorecen la LM<sup>(24,25,41-44)</sup>. Además, señalaremos que un porcentaje no despreciable de los neonatos estudiados (6,8%), abandonan la LM por indicación o causa hospitalaria. La enfermera o la matrona fueron las responsables de su abandono en el 7,8% de los casos. Una vez más se comprueba que en la actualidad en nuestro medio no existe una política hospitalaria claramente promotora de la LM. Es imprescindible modificarla para promocionar la LM desde la maternidad.

A la vista de todos los datos expuestos, una vez más se pone de manifiesto que en la elección de la LM y en su duración influyen numerosos factores que en ocasiones conocemos sólo de modo parcial, y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo. El desconocimiento de estos factores justifica, en parte, la incapacidad de conseguir una adecuada promoción de la LM que incluya la prolongación de la misma. Parece ser que el gran "caballo de batalla" que actualmente se nos plantea en nuestro medio es conseguir prolongar la LM, manteniendo o incluso mejorando, en lo posible, las cifras de su prevalencia en el momento del alta hospitalaria. Para ello será necesario un mejor conocimiento de todos los aspectos que influyen específicamente en la prolongación de la misma y en donde intuimos que el papel del pediatra de Atención Primaria ha de ser fundamental.

## Conclusiones

1.- El modelo de lactancia materna vigente en el centro-norte de España es la categoría I de la OMS con menores cifras a

Tabla VIII Decálogo de los hospitales amigos de los niños

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica dicha política.
3. Informar a todas las embarazadas sobre las ventajas de la lactancia natural.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia natural en la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño.
6. Dar únicamente a los recién nacidos leche materna sin ningún otro alimento, salvo por indicación médica.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que lo pida el niño.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos.

los 3 y 6 meses de vida.

2.- Las pautas de maternidad vigentes se encuentran muy alejadas de las propuestas conjuntamente por la OMS y la UNICEF en la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños. Los bebés de nuestra zona, casi sistemáticamente, son puestos tardíamente al pecho y se les ofrece suero glucosado o agua.

3.- La duración media de la lactancia materna en esta región es de 1,1 meses.

4.- La hipogalactia es el motivo más frecuentemente aducido por las madres para introducir la lactancia artificial.

## 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. Ed. OMS. Ginebra; 1981.
- 2 Lawrence RA. Tendencias de la lactancia materna: un modo de actuar. *Pediatrics* (ed esp) 1991; **32**:191-192.
- 3 Cutting WA, Ludlam M. Making the best of breast-feeding. *Fam Pract* 1984; **1**:69-78.
- 4 Delgado HL, García B, Valverde V, Fischer M, Praun A, Townsend J. Sinopsis del Seminario sobre Promoción de la Lactancia Natural en Centroamérica, Panamá y la República Dominicana. Isla Contadora, Panamá, 1983. *Arch Latinoam Nutr* 1985; **35**:33-47.
- 5 Silva LC, Baonza I, Amador M. Epidemiología de la lactancia materna: prevalencia y duración. *Aten Primaria* 1991; **8**:455-459.
- 6 Dagan R, Sofer S, Klish WJ, Hundt G, Saltz-Rennert H, Moses SW. Infant feeding practices among Bedouins in transition from seminomadic to settlement conditions in the Negev area of Israel. *Isr J Med Sci* 1984; **20**:1029-1034.
- 7 Coles EC, Cotter S, Valman HB. Increasing prevalence of breast-feeding. *Br Med J* 1978; **2**:1122-1124.
- 8 Wharton BA. A quinquennium in infant feeding. *Arch Dis Child* 1982; **57**:895-897.
- 9 Wharthon BA. Food for the suckling: revolution and development.

*Acta Paediatr Scand* 1982; **Suppl 299**:5-10.

- 10 Goodine LA, Fried PA. Infant feeding practices: pre and postnatal factors affecting choice of method and the duration of breastfeeding. *Can J Public Health* 1984; **75**:439-444.
- 11 Persson LA, Samuelson G. From breastmilk to family food. Infant feeding in three Swedish communities. *Acta Paediatr Scand* 1984; **73**:685-692.
- 12 Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breastfeeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr* 1985; **42**:504-510.
- 13 Smith DP. Breastfeeding in the United States. *Soc Biol* 1985; **32**:53-60.
- 14 John AM, Martorell R. Incidence and duration of breast-feeding in Mexican-American infants, 1970-1982. *Am J Clin Nutr* 1989; **50**:868-874.
- 15 Gupta A, Gupta R. Obstetric and infant feeding practices in Punjab: effect of educational intervention. *Indian Pediatr* 1992; **29**:333-335.
- 16 Amador M, Silva LC, Valdes-Lazo F. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1994; **116**:204-211.
- 17 Martín Calama J. Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr* 1997; **37**:132-142.
- 18 Martín-Calama Valero J, Villar Villanueva A, Orive Iglesias I, Prieto Joanin MJ, Conde Redondo F, Sánchez Villares E. Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid. *An Esp Pediatr* 1985; **22**:371-377.
- 19 Cerezo MA, López P. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. *Bol Epidemiol. Junta Andalucía* 1986; 1: número 2.
- 20 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.
- 21 Sánchez-Valverde F, Olivera JE, Heras JA y Cols. 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.
- 22 Moran Rey J. Lactancia Materna en España. Situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; **36**:45-50.
- 23 Temboury MC, Otero A, Polanco I, Tomas M, Ruiz F, García MC. La lactancia materna en un área metropolitana:(I) Análisis de la situación actual. *An Esp Pediatr* 1992; **37**:211-214.
- 24 Ojembarrena E, Fernández Zotes O, Gamboa A, Núñez P, Ibarreche J, Arche J y cols. Estudio prospectivo multicéntrico sobre lactancia materna en Vizcaya. *Bol S Vasco Nav Ped* 1994; **87**:56-71.
- 25 Trías E, Maldonado R, Villalbi JR, Cid I. Lactància natural a Barcelona. Percepció materna i situació actual. *But Soc Cat Pediatr* 1995; **55**:250-253.
- 26 Prats R, Tresserras R, Taberner JL. Lactància materna a Catalunya. *Salut Catalunya* 1991; **5**:161-162.
- 27 Sánchez-Valverde Visus F. Alimentación durante el primer año de vida en Navarra. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. 1988.
- 28 Llibre Ferrer MD, Rovira Monter I, Solsona Peñarroya A, Castro Nicolau E, Rodríguez Alsina S, Olles Y y cols. 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.
- 29 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.
- 30 Tejedor V, González 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.
- 31 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.
- 32 Gunn TR. The incidence of breast feeding and reasons for weaning. *N Z Med J* 1984; **97**:360-363.
- 33 Tajada Cebrián N, Gonzalvo Davoli N, González Ramos J, Lacasa Arregui A, Berdun Cheliz E. Lactancia materna en Huesca. Observación actualizada de sus características y de factores socioeconómicos influyentes. *An Esp Pediatr* 1987; **43**:221-226.
- 34 Santos Torres I, Vasquez Garibay E, Napoles Rodríguez F. Breast feeding habits in marginated neighborhoods in Guadalajara. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; **47**:318-323.
- 35 Sanz J, Carbone A, Gallego A, Martínez P, Mateo JM, Aparicio M y cols. Lactancia materna en nuestro medio. Características y factores que la modifican. *An Esp Pediatr* 1991; **35** Suppl 45:61-62.
- 36 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.
- 37 Auerbach KG, Guss E. Maternal employment and breastfeeding. A study of 567 women's experiences. *Am J Dis Child* 1984; **138**:958-960.
- 38 Ekwo EE, Dusdieker L, Booth B, Seals B. Psychosocial factors influencing the duration of breastfeeding by primigravidas. *Acta Paediatr Scand* 1984; **73**:241-247.
- 39 Miller NH, Miller DJ, Chism M. Breastfeeding practices among resident physicians. *Pediatrics* 1996; **98**:434-437.
- 40 Escriba V, Colomer C, Mas R, Grifol R. Working conditions and the decision to breastfeed in Spain. *Health Promot Int* 1994; **9**:251-258.
- 41 Gómez Cerezo E, Lazaro Teresa A, Alonso Pérez M, Miyares Gómez A, Barrena Sánchez T. Influencia de la actuación del personal sanitario en el inicio y duración de la lactancia materna. *An Esp Pediatr* 1991; **35** Suppl 45:60-61.
- 42 Temboury MC, Polanco I, Otero A, Tomás M, Ruiz F, Marcos A.