

Lactancia materna. Volviendo a los cincuenta

M.R. Martínez Fernández^a, M.J. Grifo Peñuelas^b, A.M. Canicatti Galiano^c, A.V. Sanz Rosado^d, B. Hindi y El Kassiss^a y J. Gonzalo Hombrados^c

^aEspecialista en Pediatría. Centro de Salud. Mejorada del Campo. Madrid.

^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mejorada del Campo. Madrid.

^cResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

^dCoordinador del Centro de Salud de Mejorada del Campo. Madrid. Área 2 del IMSALUD de Madrid.

OBJETIVO. Establecer la prevalencia de lactancia materna en nuestro medio y su persistencia a los 2, 6, y 12 meses. Identificar las razones por las que se decide no dar o abandonar la misma.

MÉTODOS. Estudio descriptivo, retrospectivo por medio de revisión de historias clínicas de los niños que han efectuado la revisión programada de los 12, 15 o 18 meses en enero y febrero de 2002. Criterios de inclusión: recién nacido a término, ausencia de contraindicación absoluta de lactancia materna, ausencia de enfermedad grave de la madre o del niño.

RESULTADOS. Se revisan 73 historias. Prevalencia de lactancia materna en recién nacidos: 87,7%. Causa más frecuente de no iniciar lactancia materna: hipogalactia (44,4%). La mayor parte de las madres lactan a sus hijos más de 2 meses (71,4%) pero sólo el 11,1% continúa lactando a los 6 meses. Causa más frecuente de abandono de lactancia materna: hipogalactia 88,8% en menores de 2 meses y 44,4% en mayores de 2 meses. Prevalencia en primíparas 95% y en múltiparas 74,2%, ($p < 0,05$). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de lactancia materna al comparar tipo de parto, hospital público/privado y nivel de estudios materno.

CONCLUSIONES. Alta prevalencia de lactancia materna con escaso nivel de abandono antes de los dos meses. Importante descenso a partir de este momento, siendo la causa más frecuente de abandono la hipogalactia. Las primíparas lactan más que las múltiparas.

Palabras clave: lactancia materna, prevalencia, interacción madre-niño, abandono lactancia.

OBJECTIVE. Establish the prevalence of breastfeeding (BF) in our setting and its persistence at 2, 6 and 12 months. Identify the reasons used to reject BF or discontinue it.

METHODS. Descriptive, retrospective study by means of a review of clinical histories of children who have had the programmed check-up at 12, 15 or 18 months in January and February 2002. Inclusion criteria: Full term newborn, absence of absolute contraindication of BF, absence of serious disease of the mother or child.

RESULTS. A total of 73 histories were reviewed. Prevalence of BF in newborns: 87.7%. Most frequent causes of not initiating BF: hypogalactia (44.4%). Most of the mothers breastfed their children for more than 2 months (71.4%) but only 11.1 continued doing so at 6 months. Most frequent cause of discontinuing BF: hypogalactia 88.8% in those under 2 months and 44.4% in those over 2 months. Prevalence in primiparous 95% and in multiparous 74.2% ($p < 0.05$). No statistically significant differences have been found in the prevalence of BF on comparing type of delivery, public/private hospital and mother's educational level.

CONCLUSIONS. High prevalence of BF with limited level of discontinuation before two months. Important decrease after this time, the most frequent cause of stopping being hypogalactia. Primiparas breastfed more than the multiparas.

Key words: breastfeeding, prevalence, mother-child interaction, discontinuation of breastfeeding

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la lactancia materna (LM) en España es el resultado de la evolución que a lo largo del siglo xx ha seguido en todos los países industrializados. Así, a

principios del siglo xx la sociedad transmitía de madres a hijas la cultura de LM¹. A partir de la década de los 60 se observó un abandono progresivo, se inició en los países desarrollados y se fue extendiendo entre 10 y 15 años después a los menos desarrollados. Este abandono tuvo como consecuencia un gran aumento de la morbimortalidad infantil debido al incremento en el número de infecciones y trastornos hidroelectrolíticos (deshidrataciones hipertónicas secundarias a fórmulas hiperconcentradas)².

Correspondencia: M.J. Grifo Peñuelas.
Centro Municipal de Salud de Velilla de San Antonio.
C/ Libertad s/n. Velilla de San Antonio.
28891 Madrid.

En los años 70 en los países de mayor nivel económico y cultural se comenzó a comprender la importancia de la LM para el estado inmunológico y nutricional del niño¹. Comenzó entonces el resurgir de la LM con el mismo patrón que había seguido su abandono: desde los países y las clases sociales más favorecidas hacia los países de menor renta per cápita y las clases económicamente más débiles.

La Declaración Inocenti, fruto de la reunión conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia materna llevada a cabo en Florencia en agosto de 1990³, estableció los "Diez pasos hacia una lactancia natural feliz" (tabla 1) e impulsó la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños (HAN)⁴. Para estas instituciones la protección de la LM en países desarrollados y subdesarrollados es una prioridad de la Salud Pública⁵.

En estos momentos nos encontramos en una situación de transición. Así, es posible encontrar prevalencias muy distintas entre países económicamente similares, regiones de un mismo país e incluso poblaciones de una misma provincia¹.

En nuestro Centro de Salud, al igual que en el resto del país, se siguen las recomendaciones de la OMS/UNICEF: LM exclusiva hasta los 6 meses y LM junto con otros alimentos hasta los dos años.

Para conocer la situación real de la LM en nuestro medio y, por tanto, el impacto de dichas recomendaciones nos planteamos el siguiente estudio con estos objetivos:

- Establecer la prevalencia de LM en nuestro medio.
- Establecer la persistencia de la lactancia materna a los 2, 6 y 12 meses.
- Identificar las razones por las que se decide no dar lactancia materna.
- Identificar las razones que llevan al abandono de la lactancia materna a los 2 meses (fracaso temprano) y a los 6 meses (fracaso a medio plazo).

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal.

Registro de datos

Se revisaron las historias clínicas de los niños que acudieron a los controles del niño sano de los 12, 15 y 18 meses en enero y febrero de 2002. Se rellenó en cada caso un formulario con preguntas destinadas a obtener los siguientes datos: verificar los criterios de inclusión/exclusión, administración o no de LM, causas de no administración, edad y razón del abandono definitivo, LM en hermanos (si los hubiera), nivel de estudios materno, tipo de parto (vaginal/cesárea) y lugar del parto (hospital público/clínica privada).

Criterios de Inclusión

Recién nacido a término. Ausencia de contraindicación absoluta de LM (tabla 2). Ausencia de enfermedad grave del recién nacido (RN) o de la madre en el momento del nacimiento. Niños que hayan efectuado el control del niño sano de los 12, 15 ó 18 meses en el periodo indicado.

Tabla 1. Los diez pasos para una lactancia materna exitosa (OMS/UNICEF)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esta política
3. Informar a las embarazadas de los beneficios de la LM y cómo realizarla
4. Ayudar a las madres a iniciar LM en la primera media hora siguiente al parto
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si se ha de separar del niño
6. No dar a los recién nacidos más que LM
7. Facilitar la cohabitación de la madre y el hijo 24 horas al día
8. Fomentar la lactancia a demanda
9. No dar chupetes a los niños alimentados al pecho
10. Fomentar el establecimiento de Grupos de Apoyo a la LM y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos

LM: lactancia materna.

Inclusión en el grupo de LM

Han sido incluidos en el grupo lactancia materna aquellos niños que, además de ajustarse a los criterios de inclusión/exclusión, hubieran recibido al menos una toma de LM (para establecer la intención inicial de la madre de administrar LM). A efectos de este estudio se ha considerado que el lactante recibe LM en los siguientes casos: LM exclusiva, lactancia mixta (materna y biberón), LM con alimentación complementaria.

Población y período del estudio

Niños a los que se haya realizado el control del programa del niño sano de los 12, 15 o 18 meses en el periodo comprendido entre enero y febrero de 2002 en un Centro de Salud del área periurbana de Madrid (Centro de Salud de Mejorada del Campo).

Todos estos datos se registraron en un protocolo que fue sometido al comité de investigación del Área 2 del IMSALUD de Madrid.

Análisis estadístico

Los resultados se analizaron mediante programa informático Epi Info. Las diferencias se consideraron significativas para un valor $\leq 0,05$ y han sido evaluadas por medio de la

Tabla 2. Contraindicaciones de lactancia materna*

Absolutas
Negativa materna
Madre portadora de VIH
Enfermedad materna grave
Relativas
Hipogalactia
Gran prematuridad
Madre con hepatitis B (aguda o portadora) si no se inicia profilaxis activa y pasiva del niño en las primeras 24 horas
Malformación bucal
Fármacos (sulfamidas, cloramfenicol, aminoglucoídos, antineoplásicos...)

*La negativa materna de administrar lactancia materna es el objeto central de este estudio y por tanto no se ha considerado criterio de exclusión.
VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

prueba de la "t" de Student para variables cuantitativas y de la χ^2 para las variables categóricas.

RESULTADOS

Han sido revisadas un total de 73 historias (63% de niñas) que cumplían los criterios de inclusión/exclusión demandados por el protocolo. Un 87,7% de los niños recibieron lactancia materna al nacer. Entre las causas de no iniciar LM se encuentra en primer lugar la hipogalactia (44,4%), en un 11,1% se debe a decisión materna y en un 11,1% a enfermedad de la madre. Un 33,3% de las causas no constan en las historias clínicas.

El 71,4% de las madres continúan administrando LM a los 2 meses. La causa más frecuente de abandono en menores de 2 meses (abandono temprano) es la hipogalactia (88,2%), seguida de enfermedad materna (5,9%) y trabajo de la madre (5,9%) (fig. 1).

El 11% continúa lactando a los 6 meses. Las causas de abandono entre los 2 y los 6 meses, en orden decreciente, son: hipogalactia (44,5%), decisión de la madre (13,3%), trabajo materno (8,9%), otros (8,9%) y enfermedad materna (2,2%). En un 22,2% no se encuentra registrada la causa del abandono en las historias clínicas (fig. 2).

Las causas de abandono a partir de los 6 meses fueron: decisión materna (37,5%), hipogalactia (25%), no consta (25%), otros (12,5%).

Tan sólo un niño continuaba recibiendo LM a los 12 meses.

La prevalencia en primíparas fue de un 95% y en múltiples de un 74,2%; esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (fig. 3).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de LM al comparar los variables tipos de parto, hospital público/privado y nivel de estudios de la madre:

– Tipo de parto: de los 73 niños estudiados un 87,6% nació vía vaginal y un 12,4% por cesárea. Los porcentajes de LM son similares en ambos grupos (88%).

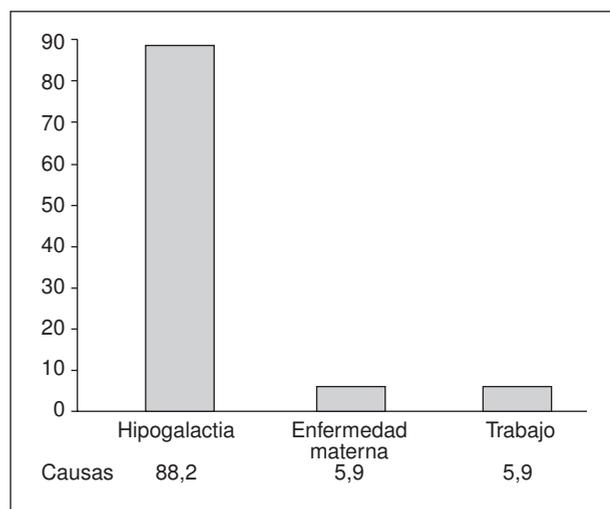


Figura 1. Causas de abandono temprano.

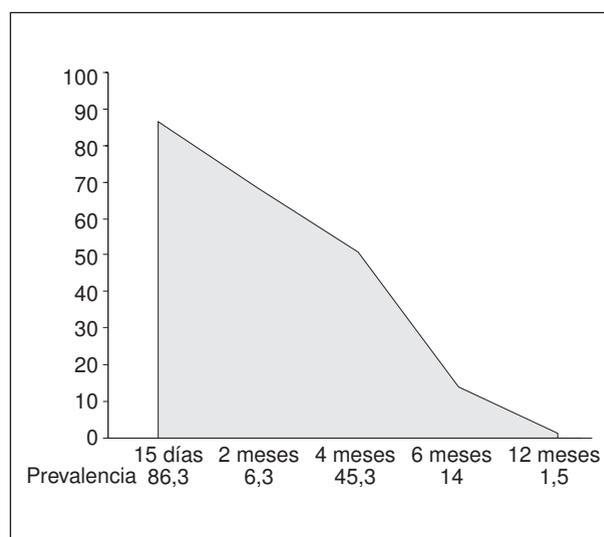


Figura 2. Prevalencia de la lactancia en el tiempo.

– Tipo de hospital: nacieron en hospital público 66 niños, de ellos el 86,4% recibió LM. Los cinco niños nacidos en clínica privada iniciaron LM. En 2 casos no se ha encontrado registrado el lugar del nacimiento.

– Nivel de estudios materno: un 43,8% de las madres había cursado estudios primarios, un 27,3% estudios secundarios y un 6,8% universitarios. En un 21,9% el nivel de estudios materno no consta en la historia clínica. El porcentaje de LM más bajo encontrado (80%) fue en el grupo de universitarias.

DISCUSIÓN

La LM está reconocida científicamente como la mejor forma de nutrición en el primer año de vida. Su gran valor para el desarrollo integral del lactante se extiende a edades

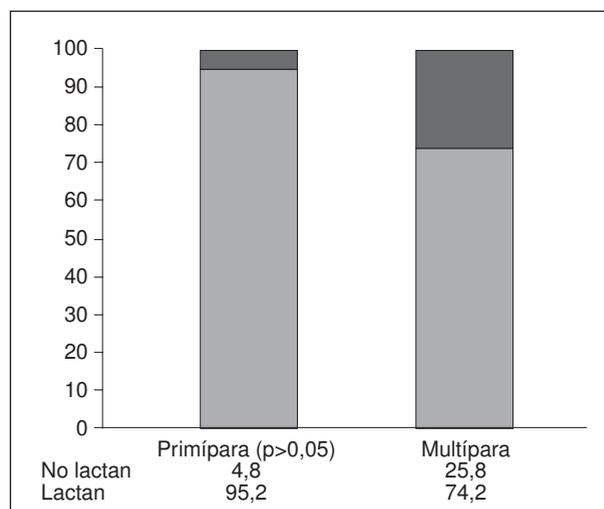


Figura 3. Prevalencia según paridad.

posteriores de la vida, incluida la edad adulta. Aún faltan por descubrir muchos de los múltiples beneficios de la LM, pero se conoce bien su efecto sobre la disminución de ingresos hospitalarios en el niño, disminución de la incidencia y la gravedad de infecciones respiratorias (otitis media, gastroenteritis aguda, alergias, muerte súbita...). Además, presenta numerosas ventajas en las áreas emocional, afectiva e intelectual. Sin embargo, describir en detalle sus ventajas trascendería los objetivos de este estudio^{6,7}.

En nuestro Centro de Salud la prevalencia encontrada de LM es del 87,7%. Es difícil establecer una relación entre nuestros resultados y los de estudios precedentes. El nivel sociocultural, económico y de los recursos sanitarios de los distintos países y regiones⁸ hace que un mismo resultado pueda considerarse como satisfactorio en una población o como un fracaso en otra. Así, en países como Suecia se considera un fracaso que un 12%-15% de las madres no inicien LM, en cambio se considera satisfactorio que el 29,15% de los RN reciban LM exclusiva en un área rural de Badajoz^{1,7}.

La hipogalactia es la causa más frecuente de no lactar (44,5%) en nuestro estudio y, aunque es difícil de comprobar, puede considerarse una razón creíble puesto que representa el 5,3% del total de nuestras madres. Sin embargo, no podemos evitar la sospecha de la existencia de un motivo oculto (incomodidad para la madre, horarios, etc.) en algunos de estos casos. Según Temboury Molina del comité de LM de la Asociación Española de Pediatría⁵, "... en nuestra sociedad actual, industrial y urbana, las familias son pequeñas y las nuevas madres carecen del apoyo de la familia tradicional para la lactancia. La mayoría no saben dar pecho y no han visto amamantar... ". Se puede añadir como agravante la sistematización de los nacimientos en los grandes hospitales, desde los que se han difundido actitudes poco favorables para la LM¹⁰. Desde los medios profesionales y publicitarios, la madre recibe una gran cantidad y variedad de información. Parte de esta información contiene conceptos erróneos sin base científica⁷, incluso entre el personal sanitario⁶. Esto genera una sensación de desconcierto en la madre, que pasa a buscar su seguridad en algo tangible y controlable: el biberón⁷.

Ha sido revelador para nosotros comprobar que en un 33% no aparece registrada en la historia clínica la razón de no lactar. Tras reflexionar sobre este punto hemos concluido que puede deberse a varias razones: en primer lugar, el pediatra en la primera visita da prioridad a temas de importancia vital (por ejemplo el estado neurológico, cardiológico, respiratorio...); además, este control se realiza a los 15 días de vida, por lo que si la lactancia materna no se ha iniciado ya no se puede iniciar; en tercer lugar se intenta no crear sentimiento de culpa en la madre por lo que la causa de no iniciar LM no se suele indagar exhaustivamente (la negativa materna de administrar LM es el objeto central de este estudio y por tanto no se ha considerado criterio de exclusión). El hecho de excluir deliberadamente del estudio a los niños pretérmino y aquellos cuyas madres o ellos mismos presentaran alguna enfermedad

grave al nacimiento persigue establecer la intención real de las madres de iniciar LM.

Al analizar la persistencia de LM en el tiempo hemos encontrado que el 71,4% continúa lactando a los dos meses. Consideramos este resultado aunque no excelente sí satisfactorio. El 88,2% de los abandonos a lo largo de este periodo se ha debido a hipogalactia. La etiología de la misma en esta etapa se debe a razones parcialmente coincidentes con las anteriormente expuestas. Se repiten la hipogalactia verdadera y la mala técnica de lactar. Cobra gran importancia el inicio de la lactancia mixta¹¹. Este inicio puede estar justificado en algunas ocasiones por razones médicas: hipogalactia verdadera objetivada, curva pondero-estatural... En otras, por el contrario, la madre lo decide por su cuenta y llevada por sus propios motivos: mayor autonomía para ella, comodidad de horarios, obsesión por el peso (es más fácil controlar la cantidad que toma el niño con el biberón). Actualmente impera la llamada "cultura del biberón" que consiste en creer que gracias a los avances técnicos, la leche artificial es equiparable a la natural⁵. A esto se une la propaganda indiscriminada por parte de los fabricantes de leche artificial (motivo citado en la literatura como uno de los principales para el abandono en esta edad)¹⁰. La madre tiende a creer que si el niño está bien cuidado y come cantidad suficiente, el tipo de leche no es tan importante.

A los 6 meses sólo el 11% continúa lactando. Este resultado se encuentra alejado del objetivo inicial de la OMS (LM exclusiva hasta los 6 meses). Las causas más frecuentes de abandono continúan siendo las mismas. Además, en este periodo podría influir la importante disminución en el número de revisiones realizadas en nuestro centro de salud: cuatro revisiones en los 2 primeros meses y tan sólo dos entre el 2º y 6º mes.

Tan sólo un niño continúa lactando a los 12 meses.

Las primíparas lactan más que las múltiparas (diferencia estadísticamente significativa). Al revisar la literatura hemos encontrado resultados paradójicos: mayor prevalencia de LM en primíparas en poblaciones tan distintas como Birmingham, zona sur de Madrid y Soria^{2,12,13}. Sin embargo, en Barcelona¹¹ la prevalencia fue mayor en múltiparas. Es interesante el análisis de este punto. A pesar de la evidencia de los beneficios de la LM, ésta continúa siendo una opción inaceptable para muchas madres¹⁴. Los inconvenientes que plantea el hecho de lactar para la vida diaria pueden convertirse en un obstáculo decisivo (dedicación compartida con el resto de los hijos, grietas, etc.).

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a nivel de estudios materno, tipo de parto y hospital público o privado debido a la falta de muestra suficiente: el 88% de nuestros niños nació vía vaginal, el 86,4% nació en hospital público y tan sólo el 7% de las madres tenían estudios universitarios.

Como conclusiones derivadas del estudio podemos establecer que existe una tendencia favorable tanto en la prevalencia como en la duración de la LM en nuestro medio y que las cifras en recién nacidos y en lactantes pequeños son buenas, acercándose a las de las sociedades tradicio-

nales, cuando las familias eran grandes y culturalmente existía protección de la LM (años cincuenta); además, quedan por reforzar las cifras a medio y largo plazo.

Para finalizar, a modo de recomendación, las implicaciones para la práctica son específicas para cada nivel, debiendo de considerar la promoción de la LM un trabajo multidisciplinario:

– Se deberían modificar las pautas hospitalarias para facilitar el contacto madre-hijo y la puesta precoz al pecho; evitar horarios rígidos, chupetes, biberones y sueros glucosados; entrenar al personal sanitario, etc.

– La matrona debería informar y enseñar la técnica durante el embarazo y postparto.

– El pediatra y los médicos en general, como mejores conocedores de los beneficios de la LM para el niño deberían informar de la importancia de su mantenimiento a lo largo del tiempo.

– Siguiendo las recomendaciones de la OMS/UNICEF en la Declaración Inocennti, los gobiernos deberían desarrollar políticas nacionales de promoción de LM e integrarlas en sus políticas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zetterstöm R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr* 1999; Suppl 430:1-6.
2. Galparsoro-Arrate JM, López López A, Arrieta Gutiérrez L. Estudio epidemiológico de la lactancia materna en Soria. *Acta Paediatr Esp* 2002;60:25-31.
3. "Declaración Inocennti": Reunión conjunta OMS/UNICEF sobre lactancia materna en el decenio 1990: una iniciativa a nivel mundial. Firenze, agosto 1990.
4. Declaración conjunta OMS/UNICEF La Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Europa. Geneva: OMS. Marzo 1996.
5. Temboursy Molina MC. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna. *Rev Pediatr de At Primaria* 2001;11:361-5.
6. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nacher Fernández A, Palau Fuster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Rev Pediatr de At Primaria* 2001;11:393-401.
7. Vía Láctea. Grupo de apoyo a la Lactancia Materna. Consejos para la Lactancia Materna. Comunidad Autónoma de Aragón. 2000.
8. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Paediatr* 1999;50:333-40.
9. Martínez Paiva F, García Rodríguez AM, Hábitos dietéticos durante la lactancia en el área de salud de Llerena (Badajoz). *Aten Primaria* 1994;14 (6):835-7.
10. García Mozo R, Alonso Sagrado L. Valoración materna de las medidas prenatales de promoción de la lactancia natural. *Aten primaria* 2002;29:79-83.
11. Carbonell X, Botet F, Figueras J, Álvarez E, Riu A. The incidence of breastfeeding in our environment. *J.Perinat.Med.* 1998;26:320-4.
12. Moreno Manzanares L, Cabrera Sanz MT, García López L. Breast feeding. *Rev Enferm* 1997;20:79-84.
13. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breastfeeding? *Midwifery* 1998;14(4):242-7.
14. Declaración conjunta OMS/UNICEF Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Plan de acción en Europa. Geneva: OMS. Enero 1993.