
Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor

JL. González Oya^a, T. Valls Durán^b, E. Mosquera González^c, M. Herranz Álvarez^d, Y. López Ozores^e, MJ. Sanromán Varela^f, L. Carrera Diz^b, L. Carrillo Santiago^g, A. Iglesia Alonso^h, Y. Aldaz Izurzuⁱ, ME. Arias González^j, I. Porrit Lueiro^k

^aEnfermero, matró y doctor en Psicología. Director del Grupo de Investigación Materno Infantil Val Miñor.

^bPediatra. ^cEnfermera Pediatría. Centro de Salud Val Miñor. Pontevedra.

^dPediatra. ^eEnfermera Pediatría. Centro de Salud Panxón. Pontevedra.

^fMatrona. Profesora E.U.E. de Vigo. ^hEnfermera Pediatría. ⁱPediatra. Centro de Salud Gondomar. Pontevedra.

^jMatrona. ^gEnfermera Pediatría. ^kPediatra. Centro de Salud Baiona. Pontevedra.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:603-16

Jacinto Luis González Oya, jacinto.gonzalez.oya@sergas.es

Resumen

Introducción: la leche materna cubre las necesidades alimenticias del lactante hasta los seis meses de vida, no precisando en este periodo ningún otro aporte suplementario si no hay contraindicación al respecto. No obstante, y a pesar de que la mayoría de las madres cuando deja el hospital ofrece a sus hijos lactancia materna, estos índices bajan de forma alarmante en los siguientes meses de vida del recién nacido. Los objetivos principales han sido elevar la prevalencia de lactancia materna en el Val Miñor (Pontevedra), así como determinar en qué momento se introduce la lactancia artificial.

Material y métodos: esta investigación presenta un diseño descriptivo pre-test/post-test sin grupo de control. Fueron entrevistadas todas las madres que acudían a la consulta de Pediatría de los centros de salud del Val Miñor en marzo de 2007 y 2008 ($n = 358$ y $n = 407$, respectivamente), sobre qué tipo de alimentación ofrecían a sus hijos. Entre estas dos fechas se llevó a cabo una campaña de información y sensibilización sobre los beneficios de la lactancia materna.

Resultados: los resultados ofrecen una evidente mejoría en los índices de lactancia materna, alcanzándose unos índices del 79,2%, 54,5% y 22,2% en las madres entrevistadas en 2008 con hijos de 1 mes, 3-4 meses y 6 meses respectivamente.

Conclusiones: los resultados obtenidos están en concordancia con los encontrados por otros autores y muestran una inquietante disminución en los índices de lactancia materna a medida que el niño va creciendo.

Palabras clave: Lactancia materna, Lactancia artificial, Lactancia mixta, Prevalencia, Educación maternal.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Abstract

Introduction: breast milk covers the nutritional needs of the infant during the first six months of life, making unnecessary any other supplementary food unless any contraindication exists. Nevertheless, although most mothers when discharged from hospital offer their babies breast milk, the rates drop dramatically in the next months of life. The main objectives of this study have been to raise breastfeeding prevalence in Val Miñor (Pontevedra), as well as to assess in what moment is formula milk introduced.

Material and methods: this research has a descriptive pre-test/post-test design without a control group. All mothers attending the pediatric offices of Val Miñor health centres in March 2007 and 2008 ($n = 358$ and $n = 407$ respectively) were interviewed on what kind of food they gave their children. A campaign of information and sensitization on the benefits of breastfeeding was implemented between these two dates.

Results: the results show a clear improvement in breastfeeding rates reaching 79.2%, 54.5% and 22.2% in interviewed mothers of children one, three to four and six months old respectively.

Conclusions: the obtained results are in line with other authors' and show a worrying drop in breastfeeding rates as the infant grows.

Key words: Breastfeeding, Formula milk, Combined feeding, Prevalence, Mother education.

Introducción

La leche materna es, sin duda, el mejor alimento que se le puede ofrecer a un hijo recién nacido, ya que contiene todos los nutrientes que necesita, factores de crecimiento y componentes inmunológicos¹, ofreciendo muchas más ventajas que la leche de fórmula². La bibliografía científica demuestra que la lactancia materna (LM) no solo es conveniente para el niño, sino que también es beneficiosa para la madre, para la sociedad y para el medio ambiente, siendo su promoción un concepto a tener en cuenta en la mayoría de los objetivos nacionales e internacionales de salud³.

La leche materna cubre las necesidades nutricionales de un lactante hasta los 6

meses⁴⁻⁸, conteniendo todo lo que el niño necesita durante estos primeros meses de vida, protegiéndole frente a afecciones del tracto intestinal⁷, reduciendo la incidencia y severidad de las infecciones, diarreas y otitis medias², previniendo las alergias, mejorando el desarrollo cognitivo, beneficiando al niño frente a futuras enfermedades tales como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus¹, asma, alergia, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, arterioesclerosis o infarto de miocardio⁹.

Anteriormente se ha hecho referencia a que las bondades de la LM no solo favorecen al lactante, sino que también se extienden a la madre, a la sociedad y al medio ambiente. Así pues, la madre se

puede beneficiar no solo perdiendo más fácilmente el peso ganado durante el embarazo, teniendo menos riesgo de padecer una crisis hipertensiva o una depresión posparto¹⁰, mejorando la relación afectiva con su hijo, la involución uterina, reduciendo la incidencia de cáncer de ovario y de mama en la premenopausia y las fracturas de cadera y osteoporosis en la postmenopausia². Además, supone un ahorro económico, puesto que el gasto mínimo sólo en leche maternizada durante el primer año es de al menos 600 euros¹. Por lo que respecta al medio ambiente, este también resulta beneficiado con la decisión materna de ofrecer a su hijo su propia leche, puesto que la leche materna es un alimento puramente ecológico, que no precisa de fábricas, de energía o de desechos industriales para su elaboración, preservando así el medio ambiente.

Por todas estas razones y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), el Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría recomienda la alimentación exclusiva a pecho durante los primeros 6 meses de la vida del niño y continuar el amamantamiento junto con una correcta alimentación complementaria hasta los 2 años de edad o más^{9,11,12}. Además,

cuando se habla de alimentación, no solo se está haciendo referencia al aporte de nutrientes, sino que implica también la adquisición de unos hábitos adecuados de alimentación. Para ello, es esencial que tanto las matronas como el resto del equipo de salud (enfermeras, pediatras y médicos de familia, principalmente) conozcan los principios y la práctica de la LM^{1,13,14}, incluyendo una correcta técnica de amamantamiento (postura de la madre, del hijo, y agarre del niño), los principales problemas que suelen surgir (ingurgitación, mastitis, pezones dolorosos, grietas), las necesidades maternas esenciales, así como el correcto uso de los sacaleches y el almacenamiento de la leche materna¹⁵.

La madre debe ofrecer el pecho a su recién nacido tan pronto como pueda, a ser posible en la primera media hora después del parto⁵, puesto que, tras este periodo de tiempo, el bebé entrará en una fase de adormecimiento que puede durar varias horas. Es aconsejable que el recién nacido permanezca junto a su madre, aunque no muestre ningún interés por mamar, ya que el simple contacto piel con piel entre ambos es esencial para la relación afectiva madre-hijo, para el desarrollo psicomotor del bebé, e incluso, para la estimulación de la producción láctea¹⁶. Sin

embargo, no siempre es posible dar el pecho, y estos supuestos no son tantos como popularmente se cree, ya que se limitan a los casos en los que la madre esté recibiendo tratamiento con isótopos radioactivos, con agentes quimioterápicos, cuando exista un abuso de drogas, o cuando la madre esté infectada con el virus de la hepatitis A, B o C, herpes simple, citomegalovirus (CMV) o tuberculosis^{2,6}.

La prevalencia de la LM y su duración son dos de los aspectos que más preocupan a nivel general y que han sido referenciados constantemente en la literatura científica^{2,4,12,13,17-21}, dada la absoluta variabilidad de los resultados, en función de las zonas donde se han llevado a cabo estos estudios. Así, mientras que Gran Bretaña¹³ y Francia² son los países donde se obtiene la prevalencia de LM más baja de Europa (este último autor indica que en Francia, en 2003, solo el 58% de los bebés eran alimentados a pecho al alta hospitalaria, con una duración media de 10 semanas de LM), los países nórdicos obtienen los índices más altos. Así, Baerug *et al.*¹⁷ encontraron que el 99% de las madres de Oslo (Noruega) ofrecían el pecho a su hijo tan pronto abandonaban la sala de partos y el 80% de ellas seguían lactando después de seis meses.

Por lo que respecta a nuestro país, la proporción de mujeres que inician la LM

es variable. Este hecho lo demuestran dos estudios efectuados sobre madres lactantes en Cataluña. Así, mientras Romagosa Albacar y cols.²¹, en un estudio efectuado en el Hospital de Palamós entre marzo de 1999 y marzo de 2000, obtienen unas altas tasas de prevalencia (90,7% al alta, 78,4% al mes, 58,3% a los tres meses y 32,8% a los seis meses); García Casanova y cols.⁵ evidencian unas cifras muy bajas (22% de bebés alimentados a pecho en la primera semana y un 14% entre la primera semana y el mes de vida). En Galicia, Rodicio García y cols.¹² encuentran que el 69,9% de las madres dan el pecho a sus hijos, mientras que el 31,5% los cría con leche de fórmula. Asimismo, estos autores investigan los factores implicados en el abandono de la LM (fallo en la técnica [45,2%], causas naturales [22,1%], retorno al trabajo [11%] y enfermedades maternas [8,6%]) y sostienen que esto se evitaría con una adecuada educación maternal. Además, presentan los porcentajes de abandono de LM a medida que el bebé va creciendo: 17,4% abandona la lactancia durante la primera semana, 3,8% entre la primera y la cuarta semana, 12,7% entre la cuarta y la duodécima semana, continuando solamente el 13,8% de las madres después de la semana vigésimo cuarta.

Por tanto, lo que sí es destacable es que, durante las tres primeras semanas del posparto, se aprecia un considerable porcentaje de abandonos. Por todo ello, resulta obvio que es imprescindible el correcto funcionamiento y unificación de ideas de todos los profesionales involucrados en el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, ya que desempeñan un inestimable papel en la concienciación de la madre para que pueda ofrecer a su hijo su propia leche. Es esencial que estas vivan el proceso de la lactancia sin ninguna ansiedad, fortaleciendo el vínculo madre-hijo de forma progresiva. Entendemos que la mujer necesita ante todo información, ayuda y apoyo durante la lactancia, para lo cual el grupo de profesionales de los que dispone (pediatra, enfermera pediátrica y matrona, fundamentalmente) deberá asesorarla y animarla a que realice una lactancia confiada, tranquila y segura. Estos últimos aspectos enlazan, sin duda, con el consiguiente apartado: los objetivos de esta investigación.

Los objetivos propuestos para cumplir esta investigación han sido los siguientes: elevar la prevalencia de LM en la población dependiente de los centros de salud del Val Miñor; determinar en qué momento las madres introducen

la lactancia artificial; y conocer si existen diferencias en relación a la LM entre los centros de salud estudiados.

Material y métodos

El estudio ha sido planteado con el objetivo principal de determinar la prevalencia de LM en nuestra área de influencia, establecer su persistencia, evaluar el momento del cambio de la alimentación que recibe el bebé, así como estudiar la efectividad del programa de promoción de LM realizado en los centros de salud que intervienen en este estudio. La zona que abarcan dichos centros es muy dispar, desde zonas urbanas hasta rurales, y de nivel socioeconómico también variable, con mayoría de población activa.

Muestra

La presente investigación se encuadra dentro de un diseño descriptivo pre-test/post-test sin grupo de control. La muestra inicial (pre-test) se ha llevado a cabo durante el mes de marzo (22 días hábiles de dicho mes) de 2007. Para ello, se ha interrogado a cada una de las madres que acudían a los servicios de Pediatría (pediatra y enfermera pediátrica) de los centros de salud del Val Miñor (Nigrán, Panxón, Baiona y Gondomar), con hijos de edades comprendidas entre el nacimiento y el año,

sobre qué tipo de lactancia estaban ofreciendo a sus hijos. Un año más tarde, es decir, en marzo de 2008 (22 días hábiles, desde el 1 de marzo hasta el 4 de abril, ambos inclusive) se volvió a repetir la recogida muestral (post-test). La presentación de ambas recogidas muestrales se ofrece de forma separada para una mejor comprensión. Es necesario precisar que si un bebé acudía a la consulta en más de una ocasión durante el mes de toma de datos, solo se contabiliza una de ellas.

Recogida muestral de marzo de 2007

La muestra obtenida a lo largo de esta primera recogida de información está compuesta por 358 madres que acudieron con sus bebés (media de edad de los bebés: 5,67 meses, desviación típica: 3,44) a las consultas de Pediatría de los centros de salud del Val Miñor. La tabla I muestra la distribución de las mismas en función de su centro de salud de referencia, así como su porcentaje y porcentaje acumulado. La descripción de la muestra puede ser dividida en función del género

Tabla I. Distribución del número de madres interrogadas en los centros de salud (2007)

Centro de salud	n.º	%	% acumulado
Val Miñor	122	34,1	34,1
Baiona	69	19,3	53,4
Panxón	83	23,2	76,5
Gondomar	84	23,5	100,0
Total	358	100,0	–

Tabla II. Edad de los lactantes que acudieron a los centros de salud del Val Miñor en marzo de 2007

Edad de los lactantes	n.º	%	% acumulado
1 mes	51	14,2	14,2
2 meses	37	10,3	24,6
3 meses	25	7,0	31,6
4 meses	35	9,8	41,3
5 meses	36	10,1	51,4
6 meses	34	9,5	60,9
7 meses	31	8,7	69,6
8 meses	15	4,2	73,7
9 meses	36	10,1	83,8
10 meses	19	5,3	89,1
11 meses	11	3,1	92,2
12 meses	28	7,8	100,0
Total	446	100,0	–

de los bebés que acudieron a la revisión de Pediatría, así pues, el número de bebés varones y hembras apenas difiere, situándose en torno al 50%. Si nos atenemos a la edad, observamos cómo el grupo "1 mes" es el que, en este estudio, acude más a las consultas de Pediatría, seguidos por los bebés de 2, 5 y 9 meses (tabla II).

Recogida muestral de marzo de 2008

Las madres que acudieron con sus hijos (media de edad de los bebés: 5,23 me-

ses, desviación típica: 3,22) a las consultas de Pediatría y que fueron muestreadas en el periodo estipulado de 2008 ascendió a 407. Su distribución en función del centro de salud de referencia, así como su porcentaje y porcentaje acumulado se representa en la tabla III.

En la recogida muestral de este año se comprueba cómo el número de bebés varones y de hembras es próximo al 50% y los bebés de 1 mes de edad siguen siendo los que más visitas efectúan (tabla IV).

Tabla III. Distribución del número de madres interrogadas en los centros de salud (2008)

Centro de salud	n.º	%	% acumulado
Val Miñor	197	48,4	48,4
Baiona	67	16,5	64,9
Panxón	53	13,0	77,9
Gondomar	90	22,1	100,0
Total	407	100,0	–

Tabla IV. Edad de los lactantes que acudieron a los centros de salud del Val Miñor en el periodo de estudio de 2008

Edad de los lactantes	n.º	%	% acumulado
1 mes	53	13,0	13,0
2 meses	51	12,5	25,6
3 meses	44	10,8	36,4
4 meses	49	12,0	48,4
5 meses	35	8,6	57,0
6 meses	36	8,8	65,8
7 meses	35	8,6	74,4
8 meses	32	7,9	82,3
9 meses	18	4,4	86,7
10 meses	25	6,1	92,9
11 meses	7	1,7	94,6
12 meses	22	5,4	100,0
Total	407	100,0	–

Instrumento

La recogida de información representa un punto importante en esta investigación. Para llevarlo a cabo se ha diseñado un instrumento específico para la ocasión.

En este instrumento se señalaba el tipo de lactancia que estaba ofreciendo la madre a su hijo, la edad de este, así como su género.

Cada centro de salud efectuó la recogida por separado, para posteriormente reunir todo el material y comenzar a analizarlo.

Procedimiento

Después de efectuar la primera toma muestral (pre-test) y antes de obtener la segunda (post-test), se ha llevado a cabo un diseño de intervención para tratar de elevar la incidencia de LM. Con esta finalidad, se han tomado las medidas expuestas en la tabla V.

Por último, resaltar que tanto los dos periodos de toma muestral (22 días hábiles de marzo de los años 2007 y 2008) como el de intervención (desde el 1 de abril de 2007 hasta el 29 de febrero de 2008), han sido llevados a cabo por el

Tabla V. *Intervención para elevar la incidencia de la lactancia materna*

1. Colocación de carteles.
2. Colaboración con otros profesionales del centro de salud.
3. Consulta de la matrona.
4. Curso de educación maternal.
5. Curso de recuperación maternal.
6. Conceptos clave a impartir:
 - a) Ventajas para el recién nacido.
 - b) Ventajas para la madre.
 - c) Importancia de la postura al mamar.
 - d) Importancia de la demanda.
 - e) Importancia del buen vaciado del pecho.
 - f) Importancia de la succión para la producción de leche.
 - g) Características de la leche.
 - h) Duración de la lactancia.
 - i) Alimentación de la madre durante la lactancia.
 - j) Consejos para compaginar con éxito trabajo y lactancia.
 - k) Posibles dificultades que se pueden presentar:
 - I) Grietas.
 - II) Ingurgitación/retención de leche.
 - III) Mastitis.
 - IV) Pezón plano.
 - V) Descenso de la producción de leche.
 - l) Otras recomendaciones

equipo de pediatría y de matrona de los centros de salud del Val Miñor (Panxón, Nigrán, Gondomar y Baiona).

Resultados

La presentación de los resultados se efectúa en función de la secuencia pre-test/post-test en dos años consecutivos (2007 y 2008).

Con el fin de facilitar la lectura y comprensión de estos resultados, se presenta en primer lugar el perfil general de LM, relacionándolo, a continuación, con las variables independientes estudiadas ("edad del bebé" y "centro de salud"). La comparación efectuada sobre el "perfil general" (tabla VI) muestra un aumento significativo de la LM en 2008, mientras que la lactancia artificial (LA) sufre un descenso de 14 puntos. Resultados similares pueden observarse en las tablas VII y VIII; en la tabla VII se evidencia cómo la LM es superior en la revisión efectuada en 2008 en todos los meses estudiados (excepto en los niños de 4 meses). Así pues, las madres de los niños de hasta un año de

edad dieron más pecho durante 2008 que durante el año anterior. Evidentemente, ocurrió lo contrario en el apartado de LA. Por su parte, la lactancia mixta se mantuvo estable, no apreciándose diferencias evidentes entre las dos encuestas.

Discusión

En general, los índices de LM suelen ser inferiores a los recomendados por la OMS y la UNICEF. En España, las tasas de incidencia y prevalencia se sitúan muy por debajo de las que establecen estos dos organismos y, aunque las cifras de inicio de LM son relativamente altas, existe un elevado número de abandonos durante las primeras semanas^{11,12,22,23}. Hoy por hoy, y a menos de dos años vista, se está lejos de cumplir con el objetivo propuesto por *Healthy People*²⁴ para el año 2010, que establece como ideal que el 75% de la mujeres ofrezcan LM al alta hospitalaria, que 6 meses más tarde continúe el 50% y que, cuando los bebés tengan un año de edad, el 25% de las madres sigan

Tabla VI. Comparativa de los datos pre- y postratamiento en función de la lactancia materna, artificial o mixta. Datos expresados en porcentajes

Pretratamiento vs. postratamiento	2007	2008
Lactancia materna	27,7	41,5
Lactancia artificial	59,2	45,0
Lactancia mixta	13,1	13,5

Tabla VII. Comparativa de los datos pre- y postratamiento en relación a los meses de vida de los bebés y a si la madre ofrecía lactancia materna, artificial o mixta. Datos expresados en porcentajes

Pretratamiento vs. postratamiento				
Edad	Año	Lactancia materna	Lactancia artificial	Lactancia mixta
1 mes	2007	56,9	23,5	19,6
	2008	79,2	18,9	1,9
2 meses	2007	40,5	43,2	16,2
	2008	49,0	41,2	9,8
3 meses	2007	24,0	56,0	20,0
	2008	54,5	40,9	4,5
4 meses	2007	51,4	28,6	20,0
	2008	36,7	42,9	20,4
5 meses	2007	25,0	61,1	13,9
	2008	37,1	34,3	28,6
6 meses	2007	17,6	76,5	5,9
	2008	22,2	58,3	19,4
7 meses	2007	19,4	67,7	12,9
	2008	25,7	54,3	20,0
8 meses	2007	13,3	86,7	–
	2008	31,3	56,3	12,5
9 meses	2007	5,6	83,3	11,1
	2008	16,7	72,2	11,1
10 meses	2007	5,3	84,2	10,5
	2008	28,0	56,0	16,0
11 meses	2007	27,3	63,6	9,1
	2008	57,1	42,9	–
12 meses	2007	7,1	89,3	3,6
	2008	27,3	59,1	13,6
Total	2007	27,7	59,2	13,1
	2008	41,5	45,0	13,5

Tabla VIII. Comparativa de los datos pre- y postratamiento en relación a los cuatrimestres de vida de los bebés y a si la madre ofrecía lactancia materna, artificial o mixta. Datos expresados en porcentajes

Pretratamiento vs. postratamiento								
	Primer cuatrimestre		Segundo cuatrimestre		Tercer cuatrimestre		Total	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Lactancia materna	45,9	55,3	19,8	29,0	8,5	27,8	27,7	41,5
Lactancia artificial	35,1	35,5	70,7	50,7	83,0	59,7	59,2	45,0
Lactancia mixta	18,9	9,1	9,5	20,3	8,5	12,5	13,1	13,5

con este tipo de alimentación. Para ello, multifactorial, formando al personal sanitario (tanto de hospital como de aten-

ción primaria), intensificando la interrelación e información de datos entre el hospital (obstetras, matronas, enfermeras y pediatras) y la Atención Primaria (matronas, enfermeras, pediatras y médicos de familia), unificando criterios entre ellos, así como aplicando los cambios necesarios en las políticas y órganos de dirección de estas instituciones.

Así pues, una mujer que acaba de parir tiene que sentirse protegida e informada por el personal que la atiende y recibir una información clara, suficiente y no contradictoria sobre cómo dar el pecho a su hijo, y de las ventajas y problemas de la LM, tanto para ella como para el niño. No deben existir contradicciones entre las informaciones de los profesionales, tanto durante el ingreso como posteriormente en las consultas de Atención Primaria de Pediatría, matrona y médico de familia. Diversos estudios^{25,26} demuestran que el apoyo por parte de los servicios sanitarios mejora los porcentajes de continuación de la LM.

Es la propia madre la que va a tomar la decisión última de qué alimentación va a ofrecer a su hijo, y posiblemente esta decisión ya haya sido asimilada durante la gestación o incluso antes. Para ello, sería conveniente hacer campañas informativas sobre las ventajas de la LM a nivel general, no centrándose solo en

gestantes, lo que favorecería, asimismo, que la madre lactante se sintiera más apoyada por su entorno. Por otra parte, las madres que hayan decidido alimentar a su hijo con LA tienen derecho a ser respetadas en su decisión y recibir todo el apoyo y la ayuda necesarias por parte del personal sanitario²⁷.

Por lo que se refiere a esta investigación, resaltar que los objetivos propuestos han sido cumplidos de manera satisfactoria. Así pues, se ha conseguido elevar la prevalencia de LM en la población de referencia en aproximadamente un 14% en un solo año, disminuyendo la LA en el mismo porcentaje. Por lo que respecta al momento de paso de LM a LA, se constata un descenso de unos 30 puntos porcentuales entre el primer mes y el segundo mes de vida (se pasa del 80% al nacimiento al 50% al segundo mes, aproximadamente). Otro descenso similar ocurre entre el tercer y quinto mes, pasando del 55% al 37%, aproximadamente (datos expresados en la tabla VII para las puntuaciones de 2008; disminuciones semejantes se evidencian en la misma tabla para las puntuaciones de 2007). Estos resultados están en concordancia con los ofrecidos por diversos estudios recientes efectuados en nuestro país, donde se resalta la progresiva disminución de la LM a medida que

Tabla IX. Datos publicados por distintos autores de nuestro país sobre el porcentaje de mujeres que ofrecen lactancia materna a sus hijos

Autores	Lugar de la investigación	Método utilizado	Inicio	1.º mes	3-4 meses	6 meses
González Herrero y Toledano Bueno ²³	Córdoba	Revisión historia clínica	83,3%	56,25%	21,8%	9,3%
Rodicio García y cols. ¹²	Lugo	Entrevista hospitalaria y telefónica	68,5%	47,3%	34,6%	13,8%
García Vera y Martín Calama ²⁸	Nacional	Encuesta	84,2%		55%	24,8%
Romagosa Albacar y cols. ²¹	Palamós	Encuesta	90,7%	78,4%	58,3%	32,8%
Presente investigación (datos de marzo 2007)	Val Miñor	Entrevista a madres en consulta Pediatría		56,9%	24%	17,6%
Presente investigación (datos de marzo 2008)	Val Miñor	Entrevista a madres en consulta Pediatría		79,2%	54,5%	22,2%

el niño va creciendo. La tabla IX ofrece una comparativa entre los datos expresados en las tablas previas y los ofrecidos por otros autores.

Este trabajo presenta un sesgo de selección, en el sentido de que se les pregunta a la madres que acuden a la consulta de Pediatría sobre la alimentación que ofrecen a sus hijos, lo cual, y como toda entrevista, está cargada de cierta subjetividad. Además, no se ha diferenciado entre la lactancia que se ofrece al inicio y al mes, puesto que los niños suelen hacer la primera visita pediátrica normalmente a partir de las dos semanas de vida, lo que hizo inviable esta diferenciación. Esta investigación asume estas limitaciones, pero considerando

también que los resultados que ofrece pueden orientar para tomar medidas sobre cómo mejorar los índices de LM.

El último objetivo propuesto era determinar si existían diferencias en cuanto a la LM entre los centros de salud del Val Miñor. Los resultados demuestran esas diferencias, ya que a pesar de la unificación de criterios y de opiniones, se ha advertido un resultado más satisfactorio en dos de ellos (Nigrán y Panxón), siendo menos espectacular en los otros. La explicación podría hallarse en el hecho de que en estos últimos la prevalencia de LM era, de entrada, superior, por lo que el impacto de la campaña no se hizo notar tanto.

Por todo lo expuesto, se hacen necesarias más campañas informativas sobre las

ventajas y problemas de la LM, desarrollando un programa conjunto entre Atención Primaria y Especializada, tratando de que la mujer no perciba descoordinación

entre ambos ámbitos, evitando así malos entendidos, que puedan confundir a la madre y abocarla a un abandono prematuro de la lactancia.

Bibliografía

1. Leung AKC, Sauve RS. Breast is best for babies. *J Natl Med Assoc.* 2005;97:1010-9.
2. Turck D. Breast feeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr.* 2005;12:145-65.
3. Blair A, Cadwell K, Turner-Maffei C, Brimdyr R. The relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples. *Breastfeeding Rev.* 2003;11:5-10.
4. Engebretsen IM, Wamani H, Karamagi C, Se-miyaga N, Tumwine J, Tylleskär T. Low adherence to exclusive breastfeeding in Eastern Uganda: a community-based cross-sectional study comparing dietary recall since birth with 24-hour recall. *BMC Pediatr.* 2007;7:10.
5. García Casanova MC, García Casanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Breast-feeding: can health staff positively affect its duration? *Aten Primaria.* 2005;35:295-300.
6. Kornacka MK. Breastfeeding and mother's diseases. *Pediatr Polska.* 2007;82:91-6.
7. Lawrence RM, Pane CA. Human breast milk: current concepts of immunology and infectious diseases. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2007;37:7-36.
8. Marques RF, López FA, Braga JA. Growth of exclusively breastfed infant in the first 6 months of life. *Rev Chilena Pediatr.* 2006;77:529-30.
9. Asociación Española de Pediatría (2005). Comité de Lactancia Materna. Recomendaciones para la Lactancia Materna [consultado el 10/08/2008]. Disponible en www.aeped.es
10. Bellantuono C, Migliarese G, Maggioni F, Imperadore G. Antidepressant drugs and breastfeeding. *Recenti Progressi in Medicina.* 2007;98:29-42.
11. Pallás Alonso CR. Lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:69-88.
12. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Trends and course of breastfeeding in the north of Lugo, Spain. *Acta Pediatr Esp.* 2007;65:6-11.
13. Hunt F. Breast feeding and society. *Paediatr Nurse.* 2006;18:24-6.
14. Wilkinson S, Walter A. Healthy start: improving maternal, infant and child health. *Nurs Stand.* 2007;21:48-55.
15. Narramore N. Supporting breastfeeding mothers on children's wards: an overview. *Paediatr Nurs.* 2007;19:18-21.
16. Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52:116-25.
17. Baerug A, Bjoerneboe G, Tufte E, Forum KR. Implementation of the WHO multicentre growth reference study in Norway. *Food Nutr Bull.* 2004;25:S72-S77.
18. Bringue X, Juanos M, Gómez-Arbones X, Esquerda M, Cañete MJ, Sarasa MA, y cols. Lactancia materna en Pla d'Urgell, Cataluña. *Pediatr Catalana.* 2003;63:319-23.

19. Los-Rycharska E, Nieclawska A, Czerwionka-Szaflarska M. Selected aspects on infant feeding: a questionnaire examination. *Pediatr Polska*. 2007;82:120-9.
20. Rapisardi G, Ciani S, Barchielli A, Bondi C. Breastfeeding in a paediatric health department in Florence, Italy: prevalence and associated factors. *Quaderni ACP*. 2007;14:6-10.
21. Romagosa Albacar C, Sague Cateura M, Garatea Zubieta A, Burgués Burgués M. Lactancia materna; factores condicionantes. *Rev Enfermería*. 2003;26:73-6.
22. Cabezuelo Huerta G, Vidal Micó S, Abeledo Gómez A, Frontera Izquierdo P. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr*. 2006;62:212-8.
23. González Herrero M, Toledano Bueno J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65:123-5.
24. Healthy People 2010. Washington DC: Dept. of Health and Human Services; 2000.
25. Bonuck KA, Trombley M, Freeman K, McKee D. Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*. 2005;116:1413-26.
26. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindorai S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2003;17:407-17.
27. Proyecto de la Unión Europea sobre promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Luxemburgo: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos; 2004.
28. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2: 21-35.

