

ORIGINAL

Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema?

R. Gomis Cebrián, C. Arellano Morata, P. Parra Hidalgo, J.E. Calle Urra, A. Oliver Roig¹,
R. García de León González², M. Alcaraz Quiñonero³

Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Subdirección General de Calidad Asistencial.
Consejería de Sanidad y Consumo. ¹Universidad de Alicante. ²Hospital «Virgen del Castillo». Yecla. ³Hospital «Virgen de la Arrixaca». Murcia

Resumen

Objetivo: Conocer la prevalencia y la duración de la lactancia materna (LM) en la Región de Murcia.

Método: Estudio transversal (junio de 2007), mediante encuestas a madres de niños menores de 24 meses realizadas en centros de vacunación. El ámbito de estudio estuvo comprendido por 77 zonas de salud de 6 áreas sanitarias de la región, y el muestreo fue proporcional al número de niños nacidos en el área. Se recogieron datos sociosanitarios del niño, de la madre y de la alimentación del niño. Se calculó la prevalencia de LM según las categorías definidas por la Organización Mundial de Salud (OMS) y se estudiaron los motivos de no iniciar y de abandonar la LM.

Resultados: Se obtuvieron datos de 1.836 niños, con una tasa de respuesta del 95,2%. Al alta del hospital, un total de 1.643 niños (89,7%) fueron alimentados con LM; de éstos, el 76,7% (n= 1.405) lo hicieron sin suplementos nutritivos. Al tercer mes mantenían la LM completa el 44,4% y al sexto mes el 36,3%. La mediana de duración de LM exclusiva fue de 75 días y para la LM parcial de 129 días. Los motivos de no alimentar con LM fueron: enfermedad/ingreso (46,7%), falta de leche (28,6%) y decisión de la madre (19,3%). Entre las causas de abandono, cabe citar las siguientes: hipogalactia e insaciabilidad (29,3%) y escasa ganancia de peso (11%). Las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la LM fueron el peso del niño, el tipo de parto y el área sanitaria, y, en relación con la madre, la edad, la paridad, la actividad laboral, el lugar de procedencia y el nivel de estudios.

Conclusiones: Las cifras de LM en la Región de Murcia son similares a las de nuestro entorno, pero se alejan de las recomendadas por la OMS.

Palabras clave

Lactancia materna, estudio transversal, salud pública

Abstract

Title: Maternal breastfeeding in the Region of Murcia, does the problem persist?

Objective: To study the prevalence and duration of maternal breastfeeding (MB) in the Region of Murcia.

Methods: Cross-sectional study (June, 2007). Mothers of infants under 24 months old were surveyed in immunization centers. The study was conducted through the 77 health zones of the 6 health areas of the Region. The sample size was proportional to the number of newborns in these areas. Breast-fed baby, mother and child feeding social and health data were collected. The MB prevalence was calculated in accordance with the categories defined by the World Health Organization (WHO) and the reasons for not starting and for stopping MB were studied.

Results: Data from 1,836 infants (response rate of 95.2%) has been obtained. Upon hospital discharge, the percentage of children fed with MB was of 89.7% (1,643), 76.7% (1,405) of which were breastfed without nourishing supplements. 44.4% of infants exclusively MB at 3 months and 36.3% at 6 months. The median duration of exclusive MB was of 75 days and of 129 days for partial MB. The reasons for not being fed by MB were: disease/admission (46.7%), lack of milk (28.6%), and mother's decision (19.3%). The reasons for discontinuing breastfeeding were: hypogalactia and insatiable appetite (29.3%), and not to put on weight (11%). The variables that showed statistically significant association ($p < 0.05$) regarding MB were child weight, type of childbirth, and health area, and, regarding the mother, age, parity, occupation, place of origin, and education.

Conclusions: The MB figures in the Region of Murcia are similar to those in our environment, but are far from those recommended by the WHO.

Keywords

Maternal breastfeeding, cross-sectional study, public health

Introducción

La leche humana es un alimento completo, complejo, vivo e inimitable, que se adapta a las necesidades del lactante en las diferentes etapas del desarrollo y proporciona el aporte nutricional necesario, además de bienestar psicológico y afectivo tanto para el lactante como para la madre. Se han demostrado los beneficios de la leche materna sobre la salud a corto y largo plazo en los recién nacidos, así como la disminución del riesgo de padecer infecciones y enfermedades crónicas, y la obtención de un mayor desarrollo cognitivo¹. También en la madre se ha demostrado una incidencia menor de cáncer de mama y de ovario y de fracturas de cadera^{2,3}.

La duración de la lactancia materna (LM) ha fluctuado según las distintas épocas, pero en la historia reciente se ha observado un cambio cultural que ha modificado sensiblemente el tipo y la duración de esta alimentación⁴. Este cambio, que se ha calificado como el «mayor experimento sin comprobaciones previas»⁵, ha sido favorecido por factores de carácter científico (pasteurización de la leche de vaca), junto con factores económicos (publicidad de las leches artificiales) y sociales (incorporación de la mujer al mundo laboral, con las trabas consiguientes para el amamantamiento). También el sistema sanitario ha ejercido su influencia, con prácticas hospitalarias poco favorecedoras de la LM y una formación y/o actitud mejorables por parte de los profesionales, así como una escasa participación de las mujeres en la toma de decisiones, entre otros aspectos destacables.

A pesar de que en los últimos años se observa una modificación de la tendencia, el hecho de que menos del 35% de los lactantes sean alimentados exclusivamente con leche materna en los 4 primeros meses de vida ha alertado sobre la existencia de un importante problema de salud pública mundial. Por ello, desde los años setenta, diversas instituciones internacionales, como la OMS y la UNICEF, están adoptando iniciativas y actuaciones para la protección y la promoción de la LM, entre las que cabe citar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna de la OMS⁶, la Declaración de Innocenti⁷, los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia⁸ y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño⁹. Más recientemente, se ha desarrollado el Plan de Acción Europeo para la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna¹⁰; y ya existen recomendaciones de asociaciones profesionales sobre el amamantamiento y el uso de leche humana¹¹, así como guías clínicas basadas en la evidencia para el manejo de la LM¹².

Sin embargo, los datos proporcionados por la OMS siguen poniendo de manifiesto un panorama caracterizado por bajas tasas de LM y un abandono temprano de ésta, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los países europeos, en general, no cumplen las recomendaciones de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y pocos hospitales han implantado los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia^{9,13}, con un problema añadido: no existen

registros oficiales ni indicadores comparativos, por lo que resulta difícil conocer la situación actual sobre LM y la magnitud real del problema⁴.

En España la situación no parece diferente. Muchos de los estudios realizados han partido de iniciativas aisladas de profesionales sanitarios¹⁴. La Encuesta Nacional de Salud de 2006¹⁵ muestra una prevalencia de LM (exclusiva y mixta) a los 3 y 6 meses del 63,31 y el 38,75%, respectivamente, para el total nacional, y en la comunidad autónoma de Murcia del 60,86 y el 33,32%, resultados similares a los obtenidos en estudios anteriores¹⁶. Ninguno de los trabajos realizados hasta el momento aporta datos suficientemente representativos de la Región de Murcia.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, y tomando como referencia el Programa Regional de Fomento de LM, la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud se han planteado la necesidad de disponer de información actualizada y precisa al respecto. Para ello, se ha diseñado un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de LM, así como los factores asociados a ésta.

Material y método

Se ha realizado un estudio transversal en el segundo semestre de 2007. La unidad de estudio fue el binomio madre-niño que acude a los centros de salud para completar el calendario de vacunación infantil en las dosis correspondientes a los 2, 4, 6 y 15 meses de edad. El ámbito de estudio fueron todas y cada una de las 77 zonas de salud, encuadradas en 6 áreas sanitarias de la Región de Murcia (1.370.306 habitantes, 17.330 recién nacidos vivos, según datos de 2005)¹⁷.

Se calculó un tamaño muestral para una precisión aproximada del 2%, un intervalo de confianza (IC) del 95% y una prevalencia estimada del 50%. El muestreo fue estratificado de forma proporcional al número de recién nacidos y residentes en cada área sanitaria y, en una segunda fase, proporcional al número de tarjetas sanitarias asignadas al pediatra de cada zona de salud del área. El lote resultante se distribuyó entre las cuatro dosis vacunales en submuestras idénticas.

La fuente de datos fue un cuestionario basado en otro utilizado anteriormente¹⁸, que incluía las preguntas referentes a la alimentación de los niños con el recuerdo de 24 horas propuesto por la OMS (WHO/CDD/SER/91.14)¹⁹. Fue pilotado para valorar la validez de contenido, y se realizaron modificaciones que mejoraron la comprensión y la rapidez de cumplimentación, que quedó establecida en 2 minutos por cuestionario. Se diseñaron en cuatro colores diferentes según el grupo de edad/dosis de vacuna, con el propósito de facilitar la correcta identificación por parte del encuestador.

Se seleccionó, al menos, a un encuestador para cada una de las zonas de salud, a quien se facilitaron los cuestionarios y se remitieron por escrito las normas de su cumplimentación. Tras establecer el día de inicio de recogida de los cuestionarios, los

TABLA 1

Tipo de lactancia materna según las categorías establecidas por la Organización Mundial de la Salud (Consenso de Expertos. Ginebra, 1991)

Tipo de alimentación	Definición
Lactancia materna exclusiva	Sólo lactancia materna (incluida la leche extraída); permite que tome vitaminas, minerales o medicamentos, pero nada más
Lactancia materna predominante	Lactancia materna (incluida la leche extraída) como fuente principal de alimento, y además líquidos no nutritivos (agua, agua endulzada o infusiones, solución oral, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). No permite que el niño tome cualquier otra cosa (en particular leche no humana o alimentos líquidos)
Lactancia materna completa	Lactancia materna que incluye la exclusiva y la predominante
Lactancia materna parcial o alimentación complementaria	Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos Cualquier comida o líquido, incluida la leche no humana

profesionales entrevistaron sucesivamente a las madres que acudieron a los puestos de vacunación hasta completar los lotes asignados. Se excluyó del estudio a los niños que no acudieran acompañados de sus madres.

Los tipos de lactancia utilizados en este trabajo se basan en las categorías establecidas por la OMS: lactancia materna exclusiva (LME); lactancia materna completa (LMC) y lactancia materna parcial (LMP) (tabla 1).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizada en función de las variables de interés (tabla 2). Se estudió la prevalencia de LM, globalmente y desagregada, en las distintas áreas sanitarias, los tipos de lactancia y los grupos de edad del niño (≤ 3 , 3-5, >5-7, >7-16 y >16 meses). Se analizó la posible influencia de las características sociodemográficas de la madre y el niño sobre la LM, así como los motivos de abandono de ésta.

Además, se calculó la mediana de duración de la LME y la LMP en el momento de la encuesta, junto con los puntos de corte superior (PCS) e inferior (PCI) para controlar el sesgo potencial de los casos atípicos. El método de cálculo se basó en el rango intercuartil²⁰.

El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 12. Para los contrastes de hipótesis se emplearon las pruebas de la χ^2 y la *t de Student*, en función de si la variable de estudio era cualitativa o cuantitativa. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se distribuyeron 1.992 encuestas, lo que supone el 11,5% del total de la muestra, con una tasa de respuesta del 95,2% ($n = 1.896$). De éstas, 60 se consideraron nulas por no contener

TABLA 2

Variables recogidas en el cuestionario utilizado para la entrevista

Variables	Categorías o grupos
1. Relacionadas con el centro	
Área de salud	6 áreas de salud
Centro de salud	77 zonas de salud
2. Relacionadas con el niño	
Edad (meses)	≤ 3 / >3 -5/ >5 -7/ >7 -16/ >16
Sexo	Varón/mujer
Peso al nacer	<2.500 / ≥ 2.500 g
Tipo de parto	Eutócico/distócico
Localidad de residencia	
3. Relacionadas con la alimentación	
Tipo de leche tomada al alta del hospital	LMC/LMP/no LM
Alimentos que tomó el niño ayer	LM/vitaminas, suplementos minerales, medicinas/leche de fórmula/leche de vaca u otras/agua/suero oral/zumos naturales/tés o infusiones/comida sólida o semisólida
No toma en la actualidad LM	Nunca tomó/¿por qué? Días/meses que dejó de tomar
Motivos de abandono de LM	Problemas en las mamas/dificultad en el manejo de lactancia/poca leche/poca ganancia de peso/pasaba hambre/por indicación profesional/retorno al trabajo/decisión voluntaria de la madre
4. Relacionadas con la madre	
Edad	≤ 25 /26-30/31-35/ >35
Números de hijos	Un hijo/hijos previos
País de procedencia	
Nivel de estudios	Primarios/medios/universitarios
Actividad laboral	Ama de casa/busca trabajo/trabaja
Situación laboral	Excedencia/baja maternal/activa
LM: lactancia materna; LMC: lactancia materna completa; LMP: lactancia materna parcial.	

datos relevantes, como la fecha de nacimiento, y/o mostrar inconsistencia en las respuestas. Las encuestas definitivamente válidas fueron en total 1.836.

Características de la muestra analizada

En la tabla 3 se detallan los resultados descriptivos de la muestra analizada.

En relación con los niños, la mediana de edad fue de 150 días, con un rango mínimo y máximo de 17 y 618 días, respectivamente. La distribución de la muestra por sexos y grupos de edad era homogénea. El peso medio de los recién nacidos era de 3.284,5 g (desviación estándar [DE]= 489,4), mayoritariamente fruto de partos eutócicos.

Respecto a las madres estudiadas, la edad media resultante fue de 30,7 años (DE= 5,36), el 47,1% de ellas con hijos previos al incluido en el estudio. Eran mayoritariamente europeas y

TABLA 3

Descripción de las características sociodemográficas de la muestra analizada

<i>VARIABLES RELACIONADAS CON EL NIÑO</i>	<i>Categoría</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>VARIABLES RELACIONADAS CON LA MADRE</i>	<i>Categoría</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Edad (meses)	≤3	453	24,7	Edad (años)	≤25	320	17,4
	5	466	25,4		26-30	558	30,4
	7	451	24,5		31-35	613	33,4
	>15	466	25,4		>35	315	17,2
	NC			NC	30	1,6	
Sexo	Niños	899	49	Lugar de procedencia	África	107	5,8
	Niñas	902	49,1		Latinoamérica	214	11,7
	NC	35	1,9		Asia	5	0,2
			Europa		1.406	76,7	
			España			96,6*	
			NC	104	5,6		
Peso al nacer	<2.500 g	99	5,4	Nivel de estudios	Primarios	1.065	58
	≥2.500 g	1.724	93,9		Medios	381	20,8
	NC	13	0,7		Universitarios	364	19,8
					NC	26	1,4
Tipo de parto	Eutócico	1.391	75,9	Actividad laboral	Amas de casa	733	40
	Distócico	436	23,7		En paro	168	9,1
	NC	9	0,4		Trabajo remunerado	892	48,6
			NC		43	2,3	

NC: no contesta. *De las madres europeas.

casi el 50% tenían trabajo remunerado; de éstas, se encontraban en excedencia por cuidado del menor el 11,7%, en baja por maternidad el 39,7%, en situación laboral activa el 47%, y el 1,6% en otras situaciones laborales.

Prevalencia y duración de la lactancia materna en la Región de Murcia

Los resultados según la edad del niño y el tipo de alimentación aparecen en la tabla 4.

La LM (LMC + LMP) al alta del hospital era del 89,7% (IC del 95%: 91-88), y la LMC del 76,7% (IC del 95%: 78,9-74,5). Los motivos más frecuentes declarados por las madres para no ofrecer LM al alta fueron enfermedad (46,7%; n= 70), hipogalactia (28,6%; n= 43) y decisión propia (19,3%; n= 29).

La prevalencia de LME y LMC en los niños menores de 6 meses era del 21,8% (IC del 95%: 24,4-19) y del 36,3% (IC del 95%: 39,3-33,3), respectivamente, frente al 100% recomendado por la OMS para la LME.

La mediana de duración de la LME fue de 75 días (PCI= 0; PCS= 215,5), que complementada con otros alimentos se prolongó hasta los 129 días (PCI= 18,1; PCS= 351,9).

Una vez iniciada la LM, las causas mayoritarias aducidas por las madres para su abandono eran las siguientes: hipogalactia y percepción de insaciabilidad en el lactante (ambas con un 29,3%; n= 312), poca ganancia de peso del niño (11%; n= 117), dificultad en el manejo de la lactancia (8,5%; n= 91), problemas en las mamas (7,5%; n= 80), indicación profesional (6,6%; n= 70), vuelta al trabajo de la madre (6,9%; n= 74) y decisión voluntaria de la madre (1%; n= 10).

TABLA 4

Prevalencia de la lactancia en la población estudiada

Edad	Lactancia materna exclusiva		Lactancia materna completa ^a		Lactancia materna parcial		Sin lactancia materna		Total ^b
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alta del hospital ^c			1.405	76,7	238	13	189	10,3	1.836 ^d
≤3 meses	123	27,2	201	44,4	108	23,8	144	31,8	453
>3-5 meses	81	17,4	141	30,2	112	24	213	45,7	466
>5-7 meses	25	5,5	40	8,9	141	31,3	270	59,9	451
≤6 meses	214	21,8	356	36,3					982
>7-16 meses					49	11,9	361	88,0	410
>16 meses					3	5,4	53	94,6	56
Total ^e	229	12,5	382	20,8	413	22,5	1.041	56,7	1.836

n: número de niños alimentados según tipo de lactancia; ^aIncluye valores de lactancia materna exclusiva; ^bNúmero total de niños en cada grupo de edad; ^cInformación obtenida de forma retrospectiva; ^dCuatro no contestan a la pregunta; ^eExcluidos los valores correspondientes a ≤6 meses.

TABLA 5

Prevalencia del tipo de lactancia al alta del hospital para cada área sanitaria

		Lactancia materna completa	Lactancia materna parcial	Sin lactancia materna	Total
Área I	n	516	74	79	672 ^a
	%	77,1	11,1	11,8	
Área II	n	365	81	64	511 ^b
	%	71,6	15,9	12,5	
Área III	n	168	46	14	228
	%	73,7	20,2	6,1	
Área IV	n	62	11	7	80
	%	77,5	13,7	8,8	
Área V	n	126	1	8	135
	%	93,3	0,7	6	
Área VI	n	168	25	17	210
	%	80	12	8	
					1.836

n: número de niños alimentados según el tipo de lactancia;
^aTres no responden; ^bUno no responde.

Distribución por áreas sanitarias

La prevalencia de LMC al alta del hospital según el área sanitaria tiene como límite inferior el área II, con una cifra del 71,6% (IC del 95%: 76,2-67)l y en el superior el área V, con un 93,3% (IC del 95%: 95,5-91,1). Los resultados de la LM al alta desagregados por áreas sanitarias y tipo de lactancia se recogen en la tabla 5.

Entre los motivos declarados para no ofrecer LM al alta se destaca en el área II la enfermedad o ingreso hospitalario (86,8%; n= 46), la hipogalactia en el área IV (71,4%; n= 5), y la decisión de la madre en el área V (80%; n= 4).

La prevalencia de LMC en niños menores de 6 meses ha mostrado cifras bajas, a pesar de haberse analizado este tipo de lactancia menos restrictiva en relación con la LME. Nuevamente eran las áreas II y V las que presentaban los valores mínimo y máximo, con un 29,7% (n= 80; N= 269) y un 45,1% (n= 32; N= 71), respectivamente.

Factores condicionantes de la lactancia materna

En la tabla 6 se reflejan las variables relacionadas con la madre y el recién nacido que han mostrado una asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de LM, tanto al alta del hospital como en su mantenimiento.

Respecto a la duración de la LM, que coincide con la edad de abandono de los niños que la habían iniciado, son destetados antes los hijos de las madres más jóvenes (≤ 25 años de edad; $p= 0,027$), las de origen asiático y europeo ($p= 0,009$) y las que sólo tienen estudios primarios ($p= 0,049$).

Se ha observado, además, una asociación estadísticamente significativa entre el área sanitaria y la edad de abandono de la lactancia ($p= 0,022$).

TABLA 6

Variables que han demostrado una asociación estadísticamente significativa con la lactancia materna

Lactancia materna exclusiva al alta del hospital	
Peso al nacer <2.500 g: 59,6%	$p= 0,000$
Peso al nacer ≥ 2.500 g: 77,6%	
Parto distócico: 61,8%	$p= 0,000$
Parto eutócico: 81,3%	
Área sanitaria II: 71,6%	$p= 0,000$
Resto de áreas sanitarias: 73,7-93,3%	
Madre primípara: 73,6%	$p= 0,005$
Madre con hijos previos: 79,9%	
Prevalencia de lactancia materna (incluye lactancia materna completa + lactancia materna parcial) frente a ausencia de lactancia materna	
Peso al nacer <2.500 g: 26,3 frente a 73,7%	$p= 0,001$
Peso al nacer ≥ 2.500 g: 44,5 frente a 55,5%	
Parto distócico: 38 frente a 62,1%	$p= 0,028$
Parto eutócico: 45,1 frente a 54,9%	
Madre ama de casa: 41,7 frente a 58,4%	$p= 0,000$
Madre con trabajo remunerado: 45,2 frente a 54,9%	
Madre con estudios primarios: 40,5 frente a 59,5%	$p= 0,006$
Madre con estudios medios: 56,2 frente a 53,8%	
Madres con estudios universitarios: 47,8 frente a 52,2%	
Madre de origen europeo: 39,1 frente a 60,9%	$p= 0,000$
Madre de otra procedencia: 63,5 frente a 36,5%	

Discusión

En este estudio se ha realizado un análisis de la situación de la LM en la Región de Murcia. Para ello, se han considerado las características de las madres y de los lactantes, así como sus pautas de alimentación en cada una de las áreas sanitarias. Del mismo modo, hemos pretendido ser rigurosos en relación con la clasificación de los tipos de lactancia definidos por la OMS, con objeto de disponer de indicadores que puedan compararse, tanto interna como externamente.

Entre las limitaciones del estudio, pueden mencionarse las relativas a la obtención de la información por un gran número de entrevistadores. Siendo éste un riesgo potencial, entendemos que ha sido controlado gracias a la sencillez y la brevedad del cuestionario; por el contrario, ofrece la ventaja de minimizar los sesgos provocados por entrevistadores poco motivados o «manipuladores». Adicionalmente, se ha obtenido una importante dispersión geográfica del entrevistado, lo que mejora la representatividad del estudio.

Otra limitación puede derivarse del sesgo de recuerdo de las madres al solicitar información de tipo retrospectivo, así como el hecho de que el estudio recoge información de carácter transversal y los resultados obtenidos sobre la lactancia en diferentes tramos de edad del niño son prevalencias puntuales. Siendo cierto, parece que esta circunstancia juega a favor de incrementar los tiempos de lactancia (sobredimensionamiento). Del mismo modo, el reclutamiento en los puntos de vacu-

nación puede generar, a nuestro juicio, un sesgo de selección minimizado, por la práctica universalización de dicha prestación en los centros de vacunación públicos.

Las cifras de LMC al alta hospitalaria en la Región de Murcia se sitúan dentro de la media de los valores de prevalencia obtenidos en otros estudios realizados en España^{16,18,21-27,34,36-38}, que oscilan entre el 51,4 y el 91,8%, y en el extremo superior si incluimos la LMP, si bien en estas cifras influyen las diferencias encontradas en las clasificaciones y los indicadores de lactancia utilizados. Estos resultados deben hacernos reflexionar sobre la idoneidad y la adecuación de las prácticas sanitarias desarrolladas en nuestras instituciones.

Esta cifra inicial disminuye de forma alarmante durante los 3 primeros meses de vida, y a los 6 meses se ha reducido al 38,8% el porcentaje de niños que reciben al menos una toma al día, resultados insuficientes si tenemos en cuenta las recomendaciones de alimentar al niño exclusivamente con LM hasta los 6 meses de edad, y a partir de ese momento iniciar una alimentación complementaria y mantenerla preferiblemente hasta los 2 años de edad o más²⁸. A partir de estas cifras, podemos afirmar que la Región de Murcia se encuentra dentro de la categoría I definida por la OMS²⁹.

Tras una revisión de diferentes estudios^{16,25-27,34,36,38}, podemos indicar que la mediana de la LME se encuentra entre 74,7 y 131,6 días y la LMP entre 81 y 140 días, por lo que nos encontramos en el rango inferior para la primera y en el superior para la segunda. De todos modos, tratar de establecer una comparativa de dichos resultados debe realizarse de nuevo con cautela, debido a las diferencias metodológicas explícitas en algunos estudios o a falta de claridad en otros.

Respecto a los motivos de abandono de LM, las causas manifestadas son similares a las halladas en la bibliografía^{30,32} y merecen una reflexión por nuestra parte. Prácticamente, en dos de cada tres casos los motivos están relacionados con lo que podríamos denominar «cuestiones de carácter subjetivo». Así, la «sensación de tener poca leche» o de que «el niño se queda con hambre» contrastan con el escaso peso que tiene la «decisión de la madre» entre los motivos de abandono manifestados. Entre los motivos clínicos, que llegan a suponer uno de cada cuatro abandonos, se destaca la «escasa ganancia de peso» o la «indicación profesional».

La importancia de estas cifras nos lleva a cuestionar, de nuevo, los patrones de intervención sanitarios y educativos en las consultas pediátricas³¹, por lo que sería fundamental desarrollar actuaciones dirigidas a educar sobre técnicas de lactancia adecuadas, proceso de producción de leche, información sobre el control ponderal de los lactantes al pecho, y apoyo y seguimiento adecuado de la madre lactante, sin olvidar la formación continuada de los profesionales sanitarios.

De los factores condicionantes relacionados con las características del niño, la Región de Murcia presenta resultados similares a los obtenidos en otros estudios realizados en España. Hay factores que dificultan el inicio de LM susceptibles de mejorar, como los

recién nacidos con bajo peso o por cesárea, con una serie de prácticas hospitalarias que actúan a modo de barrera^{33,39}.

Determinados resultados de nuestro estudio, en concreto los mayores porcentajes de LM encontrados en mujeres con mayor nivel de estudios y trabajo remunerado, el destete más temprano en madres más jóvenes y la mayor probabilidad de inicio de la LM en madres con más hijos respecto a las primíparas, se sitúan en la misma línea que otros resultados obtenidos en España^{16,21,22,24,25,27,33-35,39}, aunque dichos resultados no son generalizables^{16,18,22,24-26,34,39}.

Por otra parte, la ausencia de significación estadística entre la actividad laboral de la madre y la edad de abandono de la lactancia puede deberse al hecho de que la mayoría de niños son destetados durante el primer trimestre de vida, lo que equipararía la oportunidad de amamantar con independencia de la ocupación de la madre.

No es nuevo resaltar el importante componente cultural de la LM que, a tenor de los resultados obtenidos, repercute de forma significativa en su prevalencia. Uno de los hallazgos de este estudio es que el lugar de procedencia de la madre presenta una influencia significativa en el mantenimiento de la LM, un factor poco analizado en nuestro medio³⁴.

En la Región de Murcia sólo existe un área de salud que cumple con los requisitos de «Hospital Amigo de los Niños». La influencia según los resultados de la iniciativa ha quedado demostrada^{35,40}, y parece clara a la luz de los resultados obtenidos en el área V (tabla 5). Consideramos que la extensión de la iniciativa «Hospitales Amigos de los Niños» contribuirá al cambio de actitudes e intervenciones.

Las cifras sobre LM de la Región de Murcia no son las recomendadas por la OMS. Tampoco parece que las correspondientes a nuestro entorno difieran mucho de esos mejorables resultados, por lo que se considera necesario adoptar medidas de carácter estructural, así como procedimientos y pautas que permitan optimizar sus resultados.

Agradecimientos

Queremos agradecer la indispensable y desinteresada colaboración de los profesionales de enfermería, que realizaron la encuesta a las madres en los 77 centros de salud del Servicio Murciano de Salud. ■■■

Bibliografía

1. León-Cava N, Lutter CH, Ross J, Martín L. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. Washington, DC: OPS, 2002.
2. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd., 2007. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2007).

3. Hoddinott P, Tappin D, Wright CH. Breast feeding. *BMJ*. 2008; 336: 881-887.
4. Cattaneo A, Quintero-Romero S. Protection, promotion and support of breastfeeding in low-income countries. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2006; 11: 48-53.
5. WHO. Contemporary patterns of breastfeeding: report on the WHO collaborative study on breastfeeding. Ginebra: WHO, 1981.
6. OMS. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. Ginebra: WHO, 1981. Disponible en: <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.htm>
7. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. Adoptada por la 45.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.33).
8. OMS/UNICEF. Iniciativa «Hospitales Amigos de los Niños». WHO-UNICEF, 1991. Resolución WHA 45.34.
9. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: 55.ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Disponible en: <http://www.who.int/gb/eb-waha/pdf/waha55/ea5515.pdf>
10. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxemburgo, 2004. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
11. Asociación Americana de Pediatría (AAP). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115(2): 496-506.
12. Hernández MT, Cerveró LI, García M, Fernández M, Gutiérrez G, Lloret J, et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año de vida. *Pediatría Atención Primaria Área 09. Hospital «Dr. Peset»*. Valencia: Conselleria de Salut de la Generalitat Valenciana, 2004. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf
13. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Promotion of breastfeeding in Europe project. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr*. 2005; 8(1): 39-46.
14. Martín J. Lactancia materna en España hoy. *Bol Pediatr*. 1997; 37: 132-142.
15. Encuesta Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
16. García C, Martín J. La lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000; 2(7): 21-35.
17. Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). Nacimientos de la Región de Murcia 2005 [sitio en Internet]. Disponible en: http://www.carm.es/econet/sicrem/PU_nacimientos/n05/sec0.html
18. Cerezo MA, López P. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 1986.
19. WHO. Indicator for assessing breast feeding practices. Ginebra: WHO, 1991; WHO/CDD/SER/91.14.
20. Alerany C, Blanco B, Estaún E, López E, Monterde J, Montero M, et al. Evaluación del programa informático GRDOSIS como herramienta de análisis de la utilización de medicamentos por GRD. *Farm Hosp*. 2003; 27(3): 150-158.
21. Aguayo MJ, Pasadas del Amo S, Ramírez A, Rello C, Martínez T, Bonal P. La lactancia materna en Andalucía. Resultados del estudio de prevalencia de la lactancia materna en Andalucía y los factores asociados a su duración en el primer año de vida. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2005.
22. Suárez P, Alonso JC, López AJ, Martín D, Martínez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit*. 2000; 15(2): 104-110.
23. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 1998; 21 Supl 3.
24. Hostalot AM, Sorní A, Jovaní L, Rosal J, Mercé J, Iglesias J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr*. 2001; 54: 297-302.
25. Cervantes A, Montoya I, Hernández C, Hernández C, Talve J, López-Sánchez-Solís M, et al. Promoción de la lactancia materna. ¿Es efectiva la educación sanitaria? *An Esp Pediatr*. 1993; 39(6): 529-534.
26. Gómez M, Baeza JE, González JA, Ávila O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. *Aten Primaria*. 1997; 19(6): 317-322.
27. Bruch M, Casas JC, Riba T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural de Lluçanés. Osona (Barcelona). *Enfermería Clínica*. 2001; 11(2): 45-50.
28. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Ginebra: WHO, 2001; WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24.
29. Modalidades de la lactancia natural en la actualidad. Informe sobre el estudio de colaboración con la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra: OMS, 1981.
30. Rodicio García MM, Abadi Abadi M, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez A, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65: 6-11.
31. Rodríguez Martínez G, Fuertes Fernández-Espinar J, Samper Villagrasa MP, Broto Coscolluela P, Collado Hernández MP. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna: proyecto PALMA. *Acta Pediatr Esp*. 2008; 66: 564-568.
32. González Herrero M, Toledano Bueno J. La lactancia materna en nuestro medio. Análisis de situación. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65: 123-125.
33. Romero ME, Algaba S, Albar MJ, Núñez E, Calero C, Pérez IM. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. *Enfermería Clínica*. 2004; 14(4): 194-202.
34. Jovani L, Gutiérrez P, Aguilar C, Navarro R, Mayor I, Jornet Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002; 57(6): 534-539.
35. Hernández MT, Muñoz A, Lasarte JJ, García C, Díaz C, Martín J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004; 6(21): 19-37.
36. Bingué X, Juanós M, Gómez X, Esquerda M, Cañete MJ, Sarasa MA, et al. Lactancia materna en el Pla d'Urgell. *Pediatría Catalana*. 2003; 63(6): 319-323.
37. Bassols M, Pérez G, Pratas R, Prats B, Salleras L, Tresserras R. Evolución de la lactancia materna en Cataluña. *Pediatría Catalana*. 2002; 62(6): 285-288.
38. Soto M, Pérez N, Rivilla L, Marañón N, Castillo S, Estepa S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *SEMERGEN*. 2003; 29(3): 121-124.
39. Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr*. 2002; 56(2): 144-150.
40. OMS. División Salud y Desarrollo del Niño. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: WHO, 1998; WHO/CHD/98.9. Disponible en: http://www.ibfan-alc.org/nuestro_trabajo/archivo/hospital/10pasos.pdf