

# Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son Llätzer» de Palma de Mallorca

J.M. Moll Pons<sup>1</sup>, J.M. Prieto Valle<sup>2</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>2</sup>, M.P. López León<sup>2</sup>, J.M. Arana Galán<sup>2</sup>, G. Frontera Juan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Diplomada en Enfermería. Consultora de Lactancia IBCLC. DG Salud Pública. Conselleria de Salut i Consum. Govern Balear. <sup>2</sup>Diplomados en Enfermería. Hospital «Son Llätzer». Servei Balear de Salut. <sup>3</sup>Médico especialista en Farmacología Clínica. Departamento de Investigación Humana del Hospital «Son Dureta». Servei Balear de Salut. Hospital «Son Llätzer». Palma de Mallorca

## Resumen

**Objetivo:** Conocer la incidencia y la prevalencia de la lactancia materna (LM) en los 6 primeros meses de vida, y relacionarla con las variables que predisponen al inicio de la lactancia y su mantenimiento, las dificultades más frecuentes y los motivos de abandono y/o la introducción temprana de otros alimentos. Se pretende comparar las prácticas hospitalarias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y la prevalencia de lactancia materna al inicio.

**Material y método:** Estudio descriptivo transversal con recogida de datos retrospectivos, mediante encuesta telefónica a madres de bebés de 15, 30, 90 y 180 días, y los registros de enfermería de la maternidad sobre alimentación de los recién nacidos.

**Resultados:** La prevalencia de la decisión de lactancia materna en el momento del parto es del 81,2%, y al alta del hospital del 76%. Va descendiendo progresivamente, y a los 15 días de vida es del 73,6%, al mes del 72,5%, a los 3 meses del 56,9%, y a los 6 meses del 37,8%. Las madres que han hecho «piel con piel» después del parto y han iniciado la lactancia precoz en la primera hora tienen una mayor prevalencia de lactancia materna completa frente a lactancia parcial a los 15 días (un 86,6 y un 86,3%, frente un 56,3 y un 55%, respectivamente). La asociación desaparece a partir del primer mes, y tampoco se observa ninguna relación entre la práctica de «piel con piel» y la lactancia materna en la primera hora, con el abandono precoz de la lactancia. La edad de la madre no se asocia al tipo de la lactancia, según los datos obtenidos. El 79,3% de las madres con estudios universitarios mantiene la lactancia hasta los 3 meses, frente al 62,2% de las madres con otros estudios; a los 6 meses, todas lo hacen de forma similar.

Los momentos críticos de abandono se presentan alrededor del primer mes, y entre el cuarto y quinto mes de vida.

Los motivos de lactancia parcial durante el primer mes son principalmente (75,64%) el llanto, el hambre, la poca ganancia de peso y la leche insuficiente. Los motivos de lactancia parcial entre los 3 y 6 meses son la recomendación profesional (60,6%), motivos de trabajo o estudios (18,2%), y leche insuficiente, llanto o hambre (18,2%).

## Abstract

**Title:** Prevalence of breastfeeding in the health sector Hospital Son Llätzer (Palma de Mallorca)

**Objective:** To know the incidence and importance of breastfeeding during the first six months of life, and to relate it to the variables that predispose to the beginning of breastfeeding and maintenance, the most frequent difficulties and the motives for abandoning it and/or introducing other kind of food early. We aim to compare hospital practice recommended by the World Health Organization and the importance of breastfeeding at the beginning.

**Material and method:** Transversal descriptive study with retrospective data gathering, telephonically surveying to mothers of babies 15, 30, 90 and 180 days old and maternity infirmary registries about newborns feeding.

**Results:** 81.2% decide to breastfeed at the moment of birth, 76% after hospital leave. It descends progressively 73.6% after 15 days of life, 72.5% after one month, 56.9% after three months, 37.8% after 6 months. Mothers that have "touched skin to skin" right after birth and have initiated breastfeeding during the first hour have a higher prevalence of full breastfeeding against partial breastfeeding after 15 days is a 86.6 and a 86.3%, against 56.3 and 55%, respectively. The association disappears after the first month, and there is no direct relation between the practice of getting in contact of "skin with skin" during de first hour and the early cessation of breastfeeding. The age of the mother is not associated with the type of lactation according to the gathered data. 79.3% of women who are university students keep on breastfeeding for 3 months, compared to 62.2% in other studies, after 6 months they all do it in a similar way.

The critical moments of abandonment are around first month, and between the 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> month of life.

The reasons for partial breastfeeding during the first month are primarily 75.64% crying, hunger, puts on little weight, insufficient milk. The reasons for partial breastfeeding between 3 and 6 months is a 60.6% professional recommendation, a 18.2% because of working or studying and 18.2% insufficient milk, crying or hunger.

Fecha de recepción: 22/12/10. Fecha de aceptación: 17/08/11.

**Financiación:** Comisión de Investigación del Hospital «Son Llätzer» (Servicio Balear de Salud), CI-09/006.

**Correspondencia:** J.M. Moll Pons. Camino Jesús, 40, Pabellón 2, 1.º 1.ª. 07010 Palma de Mallorca. Correo electrónico: joanamariamoll@gmail.com; jmmoll@dgsanita.caib.es

*Conclusiones:* Las tasas de lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son Llàtzer» son similares a las obtenidas en otros estudios y a las de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Las prácticas hospitalarias adecuadas mejoran la prevalencia de la lactancia al inicio; después son muchos los factores que intervienen. Para mejorar la prevalencia de la lactancia los meses posteriores, se debe mejorar la atención sanitaria tras la hospitalización y las medidas institucionales que la protejan.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Lactancia materna, lactancia artificial, prevalencia, epidemiología, cuestionario telefónico, factores sanitarios, factores sociales, factores económicos

*Conclusions:* Rates of breastfeeding in the Hospital Son Llàtzer health sector are similar to those obtained in other studies and those of the 2006 National Health Survey. Appropriate hospital practices improve the prevalence of breastfeeding in the beginning, after that there are a lot of other factors involved. To improve the prevalence of breastfeeding during the subsequent months, health care and measures that protect it should be improved.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Breastfeeding, artificial lactation, prevalence, epidemiology, phone calls survey, health factors, social factors, economic factors

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna (LM) exclusiva durante los primeros 6 meses, y hasta los 2 años junto con una alimentación complementaria adecuada<sup>1</sup>. Además, remarca la importancia de la recogida periódica de datos sobre lactancia, para conocer su evolución y la efectividad de las medidas de apoyo implantadas<sup>2</sup>.

Los beneficios de la LM están ampliamente demostrados en la bibliografía internacional. La LM disminuye la frecuentación de los servicios sanitarios y de los ingresos hospitalarios<sup>3</sup>.

La LM se relaciona con variables dependientes del lactante, la madre, el entorno social y familiar y los servicios sanitarios<sup>4-9</sup>.

Las actitudes y estrategias que deben seguirse para mejorar el apoyo y la promoción de la LM están suficientemente demostradas, entre ellas la formación al respecto de los profesionales, la educación prenatal, las prácticas hospitalarias en las maternidades que mejoran la atención al parto (Estrategia Atención al Parto Normal)<sup>10</sup>, la estrategia IHAN («piel con piel», la primera toma 1 hora después del parto, ayuda de los profesionales y coherencia de los consejos), los cuidados «madre canguro» y la mejora del vínculo maternofilial<sup>11-14</sup>.

La frecuencia y la duración de la LM disminuyeron de forma espectacular a lo largo del siglo xx, y se observa una lenta recuperación en la mayoría de los países europeos; España no alcanza el patrón óptimo recomendado por la OMS<sup>15,16</sup>. La mayor encuesta sobre LM realizada en España la llevó a cabo la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1997, y en ella se constató la duración media de la LM en 3,2 meses; en ese estudio no se recogieron datos sobre las Islas Baleares<sup>16</sup>.

En la comunidad de las Islas Baleares no se han publicado estudios sobre la prevalencia de LM. Disponemos de los datos extraídos de la Encuesta Nacional de Salud (2006)<sup>17</sup>, según la cual ni los indicadores ni la metodología empleada se ajustan

a las recomendaciones de la OMS<sup>2</sup>: la lactancia natural a las 6 semanas es del 59,21%, a los 3 meses del 51,53%, y a los 6 meses del 30,27%. En 1994, un estudio realizado por la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Mallorca concluye que el 59,9% de las madres amamanta, frente al 40,1% que da biberón. A los 15 días dejan la LM el 18,1% de las madres, al mes el 12,8%, al segundo mes el 12,8%, antes del tercer mes el 11,7%, y sólo continúan más de 3 meses la LM el 47,7% de las que la iniciaron. Los motivos de abandono que se sugieren son: leche insuficiente, incorporación al trabajo, problemas en las mamas, problemas estéticos y comodidad<sup>18</sup>. En el Hospital «Son Llàtzer» se realizó un estudio entre 2004 y 2006, en 105 mujeres, en el que se refleja que el 81,7% inicia la LM, el 30% tiene problemas con la lactancia, el 16,6% abandona la lactancia en los primeros días, el 7,6% mantiene la lactancia entre 1 y 3 meses, y el 76% más de 4 meses<sup>19</sup>.

Por tanto, este estudio se plantea a partir de la necesidad de conocer la prevalencia de LM en los primeros 6 meses de vida, en el sector de salud del Hospital «Son Llàtzer-Migjorn», y relacionarla con las variables que predisponen a su inicio y mantenimiento, además de conocer las dificultades más frecuentes y los motivos de abandono y/o la introducción temprana de otros alimentos. También pretendemos comparar las prácticas hospitalarias recomendadas por la OMS<sup>1</sup> y la prevalencia de lactancia al inicio.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal, con recogida de datos retrospectivos. El sector de salud del Hospital «Son Llàtzer» tiene una población de referencia de 262.739 habitantes y es el único hospital de la zona. Se distribuye entre la ciudad de Palma y los pueblos de Mallorca, con 21 centros de salud de atención primaria de referencia. En la maternidad se realizaron 2.526 partos en 2009<sup>20</sup>.

Cuestionario n° \_\_\_\_\_ Fecha de la llamada \_\_\_\_\_

**Datos que se recogen de la H<sup>1</sup>C**

Edad del bebé: \_\_\_\_\_ días  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad madre en el momento del parto: \_\_\_\_\_  
 Tipo parto: \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_ ¿gemelar? Si No  
 Semanas gestación: \_\_\_\_\_  
 Peso: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_\_\_

Primípara  Multípara   
 Suplementos SI NO Motivo \_\_\_\_\_  
 Ingreso en Neonatos SI NO Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Encuesta telefónica**

Buenos días, Le llamo del HSSL, podríamos hablar con la Sra. ...., me gustaría si usted acepta, poder hacerle unas preguntas sobre la alimentación que está ofreciendo a su bebé y sobre la atención que recibió antes, durante y después del nacimiento y que tienen que ver con la alimentación. Sus datos serán mantenidos de forma confidencial y esto servirá al personal de la maternidad a proporcionar la mejor atención posible a madres y a sus bebés en el futuro. ¿Quiere participar en la entrevista?  
 (Para iniciar la entrevista y romper el hielo. Sabemos que tuvo un bebé en Son Llàtzer, empezar por preguntas banales ¿fue niño? ¿cuanto tiempo hace? para conseguir la confianza, aquí se puede aprovechar para pedir Nacionalidad madre: Española, UE, Europa no UE, Sudamérica, África, Asia \_\_\_\_\_)

1- ¿Qué ha tomado su bebé en las últimas 24 horas?

Leche materna, pecho  
 Leche artificial, leches infantiles  
 Agua o agua azucarada, infusiones, suero  
 Zumos, otros líquidos  
 Papillas o sólidos, yogures  
 Sol. Rehidratación oral  
 Vitaminas, minerales o medicinas  
 Otro alimento ¿cuál? \_\_\_\_\_

fumó embarazo SI NO  
 Fuma lactancia SI NO

2- (Preguntar a las que aún dan pecho).  
 En las últimas 24 h su bebé bebió algo en biberón SI NO ¿Qué?

3- (A las que dan otros alimentos y LM)  
 ¿Cantidad de leche materna las últimas 24 h? < 4 tomas 4 o más tomas

4- (Si mixta, parcial o complementada, o no toma LM) ¿Cuántos días o meses tenía su bebé cuando empezó a darle otros líquidos o alimentos? \_\_\_\_\_ días o meses  
 ¿Por qué motivo? (separar con ;): \_\_\_\_\_

5- (Si no toma LM) ¿Cuánto tiempo tenía cuando dejó de darle pecho definitivamente? \_\_\_\_\_ días o meses  
 Razones (separar con ;): \_\_\_\_\_

6- Después de salir del hospital ¿ha tenido usted algún problema con la lactancia?  
 SI NO  
 Si SI, (por favor describa el problema) \_\_\_\_\_

7- ¿Obtuvo usted la ayuda que necesitaba? SI NO  
 Si SI (describa la ayuda que recibió) \_\_\_\_\_

8- ¿Quién le proporcionó dicha ayuda?  
 9- ¿Está casada o vive en pareja? SI NO  
 10- ¿Qué estudios tiene usted? Ninguno primarios secundarios universitarios  
 11- ¿Tiene trabajo fuera del hogar? SI NO  
 12- ¿Ha tenido baja por maternidad? SI NO

13- ¿Le hablaron de lactancia materna en las visitas en el C.Salud durante el embarazo?  
 SI NO (mínimo 3 de abajo)  No hizo visitas al C.Salud en el embarazo

14- ¿Qué profesional? \_\_\_\_\_

15- ¿Le entregaron publicidad (cajas, regalos) de leche artificial en el embarazo? SI NO

16- Le pusieron a su bebé piel con piel al menos 1 hora al nacer SI NO  
 17- ¿Tomó el pecho en la 1ª hora de vida? SI NO  
 18- ¿Le hablaron de lactancia en el hospital? SI NO (mínimo 3 de abajo)  
 ¿Qué profesional? \_\_\_\_\_

Guía para saber si la información suficiente (min. 3)	C. de Salud	Hospital
Beneficios de la lactancia materna	SI NO SI NO	SI NO SI NO
Cómo dar el pecho, técnica de lactancia, posición, postura	SI NO SI NO	SI NO SI NO
Lactancia a demanda	SI NO SI NO	SI NO SI NO
No dar suplementos	SI NO SI NO	SI NO SI NO
Extracción de leche si separación madre hijo o estimulación o suplementar	SI NO SI NO	SI NO SI NO
LM exclusiva 6 meses	SI NO SI NO	SI NO SI NO
Grupos de apoyo a la lactancia	SI NO SI NO	SI NO SI NO
Teléfono consulta de LM de Conselleria de Salut	SI NO SI NO	SI NO SI NO
No dar chupete hasta lactancia establecida	SI NO SI NO	SI NO SI NO

20- ¿Qué día pudo realizar la primera consulta en el Centro de Salud?  
 Antes de 5 días del nacimiento entre 5-8 días 8-14 días 15 o más N/Recuerdo

¿pediatra, enfermera o matrona? (marcar quién hizo la primera visita)  
 si no lo recuerda (Tiene usted a mano la Cartilla de Salud)

Hospitalización posterior SI NO Diagnóstico \_\_\_\_\_

Muchas gracias, por responder a las preguntas, por dedicarnos su tiempo

### Anexo 1. Registro de alimentación del recién nacido, al nacimiento y al alta del hospital, y de una entrevista telefónica realizada a las madres

La población objeto de estudio fueron las madres cuyos niños/as nacieron entre mayo de 2009 y enero de 2010.

Los datos se obtuvieron del registro de alimentación del recién nacido, al nacimiento y al alta del hospital, y de una entrevista telefónica realizada a las madres. La entrevista consta de 31 preguntas (anexo 1), y recoge variables de la madre, del bebé, del parto y del embarazo, así como de la atención perinatal recibida. En la entrevista se explica el motivo del estudio, y se obtuvo el consentimiento verbal de las madres para participar en él.

En la variable «tipo de lactancia» (según criterios de la OMS<sup>2</sup>), y para evitar el sesgo de memoria, se utilizó el recuerdo de 24 horas para la alimentación, que se define como:

- LM completa: incluye lactancia materna exclusiva (leche materna con medicinas) y LM predominante (leche materna con líquidos ocasionales, sin leche artificial ni alimentos).
- LM complementaria o parcial: leche materna y alimentación complementaria o leche artificial.

- LM: incluye LM exclusiva, predominante y complementada o parcial.
- Lactancia artificial.

Además, preguntábamos sobre el momento de la introducción de otros alimentos y del abandono de la LM, así como el motivo que lo había causado argumentado por las madres.

El método de elección de los casos se realizó por muestreo aleatorio simple (un día por semana) de los bebés que tenían 15, 30, 90 y 180 días de vida. Para conseguir una muestra adecuada con una precisión del 10%, estimando alrededor de un 75% de inicio de LM, necesitábamos contactar con 72 casos de cada grupo de edad que tomaran leche materna al alta del hospital.

Para conseguir una mayor probabilidad de respuestas, las llamadas se podían hacer durante 3 días consecutivos (con una diferencia de un día más o menos del elegido aleatoriamente).

TABLA 1

## Características de la muestra

Variable	Grupo	n	%	Variable	Grupo	n	%
Edad materna (años)	≤25	56	19,4	Ingreso en la unidad de neonatos	Sí	38	13,5
	26-30	78	27		No	250	86,5
	31-35	102	35,3	Motivo de ingreso	Pretérmino	13	
	≥35	53	18,3		Ictericia no inmune	9	
			Enfermedad		14		
Nacionalidad extranjera según el índice de desarrollo humano (IDH)	Española	184	63,7		Enfermedad relacionada con la ingesta	2	
	IDH muy alto y alto	64	22,1	Información de lactancia materna en el centro de salud	Sí	146	50,5
	IDH medio-bajo	41	14,2		No	131	45,3
			n/c		12	4,2	
Estudios	Ninguno	5	1,7	Publicidad en el centro de salud	Sí	120	41,5
	Primarios	73	25,3		No	138	47,8
	Secundarios	126	43,6		n/c	31	10,7
	Universitarios	83	28,7	«Piel con piel» en la primera hora	Sí	201	69,5
	N/C	2	0,7		No	78	27
Trabaja	Sí	192	66,4	n/c	10	3,5	
	No	97	33,6	Lactancia al pecho en la primera hora	Sí	198	68,1
Permiso de maternidad	Sí	191	66,1		No	83	29,1
	No	98	33,9		n/c	8	2,8
Parto	Vaginal	241	83,4	Visita al alta al centro de salud	Antes de 5 días	21	7,3
	Cesárea	48	16,6		5-8 días	86	29,7
Anestesia	Sin anestesia	60	20,8		8-14 días	73	25,3
	Epidural	226	78,2		15 días o más	84	29
	General	3	1		Otros	25	8,7
Gemelar	Sí	4	1,4	Información en el hospital	No	82	28,3
	No	285	98,6		Sí	197	68,2
Semanas de gestación	<37	20	6,9		n/c	10	3,5
	≥37	269	93,1	Hospitalización posterior	Sí	21	7,3
Peso	≥2.500 g	275	95,2		No	255	88,2
	<2.500 g	14	4,8		n/c	13	4,5
Sexo	Varón	141	48,8	Alimentados con biberón el día anterior (de los lactantes al pecho)	Sí	78	32,5
	Mujer	148	51,2		no	151	62,9
Número de hijos	Primípara	151	52,2		Lactancia materna en biberón	5	2,1
	Múltipara	138	47,8		Agua o infusión	6	2,5
Educación maternal	Sí	59	20,4	¿Cuántas tomas? <sup>c</sup>	≥4	62	74,7
	No	230	79,6		<4	13	15,7
Suplementos en el hospital	No	181	62,7		n/c	8	9,6
	1-3	55	19				
	4 o más	53	18,3				
Motivo de suplemento (n= 696)	Médicamente aceptado <sup>a</sup>	47	44,4				
	Petición materna	20	18,9				
	Decisión de enfermería <sup>b</sup>	9	8,5				
	Desconocido	15	14,1				
	Otros	15	14,1				

<sup>a</sup>Hipoglucemia, pérdida de peso, fototerapia. <sup>b</sup>Madre en Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA), malestar materno. <sup>c</sup>Incluye lactantes que no toman biberón pero sí otros alimentos.

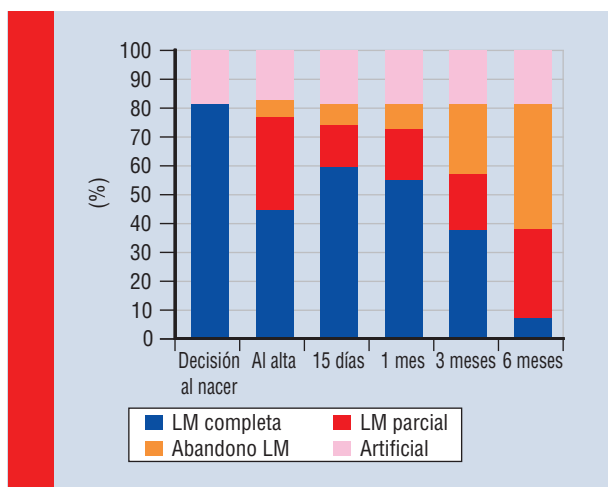


Figura 1. Prevalencia de la lactancia materna

Se analizó la influencia de cada una de las variables incluidas sobre la frecuencia de la lactancia en cada grupo de edad. El tipo de estudio no permitía la comparación, y sólo se podrían establecer algunas relaciones.

Se exponen las proporciones con sus intervalos de confianza (IC) del 95% para las variables cualitativas. Para la comparación entre proporciones, se ha utilizado el test de la  $\chi^2$  al cuadrado y el test híbrido de diferencia de proporciones de Newcombe-Wilson. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15.

## Resultados

Del total de 798 nacimientos de la muestra del estudio, se excluyeron 99 que no eran del sector de salud, 173 que se alimentaban con leche artificial (18,82%), y 1 caso que no disponía de teléfono. De la muestra se eligieron 72 madres de cada grupo de edad (15, 30, 90 y 180 días de vida), y se contactó con un total de 311 madres. Se excluyeron 18 madres por imposibilidad de comunicación debido a la barrera idiomática, tres por falta de datos relevantes en el registro (sin registro de alimentación al alta) y una persona no aceptó la entrevista. Quedaron un total de 289 entrevistas válidas.

En la tabla 1 se muestran las características de la muestra, con las variables que se extrajeron del cuestionario telefónico.

Los resultados de la prevalencia de la lactancia en nuestro medio se presentan en la tabla 2 y la figura 1. Destacamos que la prevalencia de LM exclusiva al alta es del 41,53%, y a los 6 meses del 6,9%.

En la tabla 3 se recogen las prevalencias para cada edad de la lactancia completa, parcial y abandono, ajustadas por la práctica de «piel con piel», inicio precoz de la lactancia, toma de suplementos en el hospital, e información en el hospital y en el centro de salud.

TABLA 2

**Prevalencia de la lactancia, recuerdo de 24 horas. Las directrices de la OMS recomiendan que la edad se refiera al límite superior del intervalo, no a la edad cumplida<sup>2</sup>**

*Prevalencia de la lactancia, muestra aleatoria total*

Tipo de lactancia	Lactancia materna			Lactancia artificial
	Lactancia materna completa		Lactancia materna parcial	
	Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna predominante		
Al nacer (n= 696)	81,18			18,82
	81,18		0	
	81,18	0		
Al alta (n= 696)	76,04			23,96
	41,53		34,51 (suplementos)	
	41,53	0		

*Muestra seleccionada de las madres que seguían con lactancia materna al alta*

15 días (n= 72)	97,2			2,8
	77,8		19,4	
	77,8	0		
1 mes (n= 72)	95,7			4,3
	72,1		23,6	
	66,6	5,5		
3 meses (n= 72)	75,2			24,8
	49,2		26	
	47,9	1,3		
6 meses (n= 72)	50			50
	8,3		41,7	
	6,9	1,4		

La prevalencia de lactancia completa a los 15 días en las madres que practicaron la técnica «piel con piel» durante la primera hora fue del 83,6%, mayor que las que no lo hicieron (56,3%) ( $p=0,049$ ). En cambio, la prevalencia de lactancia parcial entre las que no hicieron «piel con piel» fue del 43,8%, mayor que en las que sí lo practicaron (12,7%) ( $p=0,017$ ). Esta asociación desaparece a partir del primer mes.

La prevalencia de lactancia completa a los 15 días en las madres que iniciaron lactancia en la primera hora fue del 86,3%, mayor que en las que no lo hicieron (55%) ( $p=0,01$ ), y la prevalencia de lactancia parcial entre las que no iniciaron lactancia en la primera hora fue del 40%, mayor que en las que sí la iniciaron en la primera hora (11,8%) ( $p=0,018$ ).



No se observó ninguna relación entre la práctica de «piel con piel» y LM en la primera hora y el abandono precoz de la lactancia. Tampoco hemos encontrado ninguna relación con el hecho de haber recibido información durante la hospitalización o en el centro de salud.

La edad de la madre no se asocia al tipo de lactancia, según los datos obtenidos.

El 79,3% (IC del 95%: 68,9-89,7) de las mujeres con estudios universitarios mantiene la LM hasta 3 meses, frente al 62,2% (IC del 95%: 54,6-69,7) de las madres con otros estudios, pero a los 6 meses la práctica es similar en todos los niveles de formación.

En cuanto a la nacionalidad, no se pudo valorar la asociación de la prevalencia de lactancia en ningún grupo, debido al escaso número de mujeres extranjeras incluidas en el estudio.

Existe la tendencia de que los bebés ingresados en la unidad de neonatos sigan tomando suplementos durante el primer mes: un 56,6% (IC del 95%: 23,1-88) frente al 24,2% de los no ingresados (IC del 95%: 13,5-34,9). El 76,92% de recién nacidos ingresados tomó suplementos de leche artificial durante el ingreso.

En la figura 2 se recogen los motivos de la toma de suplementos en el hospital, destaca que el 19,60% lo hace por decisión materna y el 27,94% por razones médicas, aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna de la UNICEF-OMS<sup>21</sup>.

En la figura 3 se recogen los momentos críticos en que se produce la introducción de otros alimentos, además de la leche materna, y el abandono de la LM.

Los motivos argumentados por las madres que impiden la LM exclusiva durante el primer mes están relacionados con la instauración de la técnica de lactancia, entre los que destaca el hambre del bebé, el llanto, la poca ganancia de peso y leche insuficiente (75,64%) (figura 4).

Las madres manifiestan que el abandono de la lactancia exclusiva entre el tercer y el sexto mes de vida está motivado, principalmente, por una recomendación profesional (figura 5).

### Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio destaca el sesgo de memoria, ya que se solicita información de datos retrospectivos.

La elección de las madres entrevistadas ha estado condicionada por el horario de la realización de las llamadas, por motivos de ocupación de los progenitores, ya que algunas veces no se pudo realizar el contacto, o porque ya había sido seleccionada para otro grupo de edad.

No se ha podido valorar si los partos vaginales distócicos se asociaron a la tasa de lactancia, debido a que no se recogió dicho dato, aunque, según la bibliografía, se asocian mayores diferencias entre los partos vaginales y los partos por cesárea<sup>22</sup>.

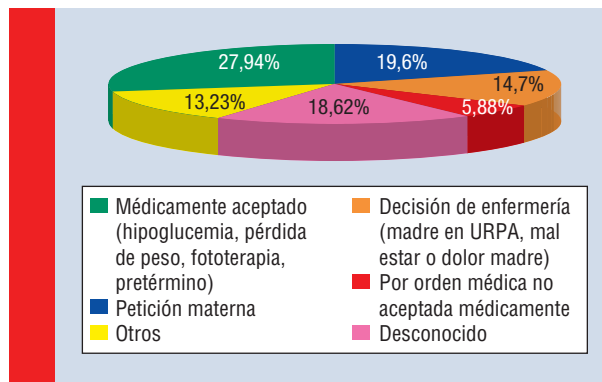


Figura 2. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna<sup>21</sup>. URPA: Unidad de Reanimación Postanestésica

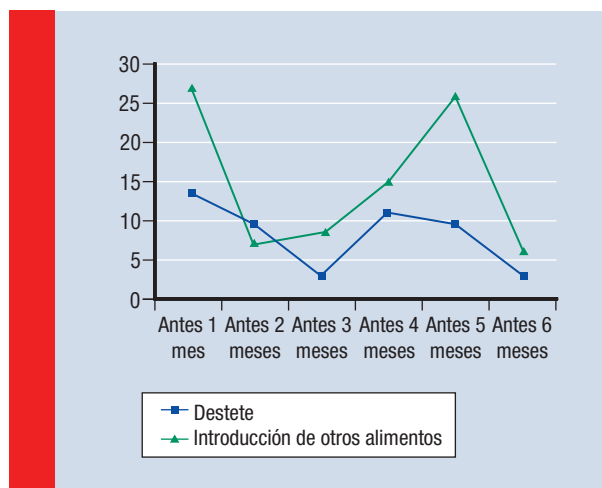


Figura 3. Momentos más críticos de introducción de alimentos y destete

Aun cuando la asistencia a educación maternal fue baja, las madres dicen haber recibido información durante el embarazo, aunque no se ha explorado suficientemente de dónde la han obtenido. Puede que la información se haya dado en las visitas prenatales, o bien presentan una confusión con la información recibida en otros embarazos o en otro lugar, o tal vez la madre se siente presionada a responder afirmativamente durante la entrevista.

El método de entrevista puede hacer que las respuestas a algunas preguntas tengan un carácter subjetivo, y se desconozca, por ejemplo, la causa real que motivó la supresión de la lactancia o la introducción de alimentos. En ese caso, el porcentaje del motivo de lactancia parcial a partir del tercer mes de vida puede estar enmascarando otros motivos reales, como la falta de ganancia de peso, la incorporación al trabajo, etc.

El número de niños estudiados es bajo, lo que puede ser la causa de no haber encontrado diferencias significativas en algunos apartados.

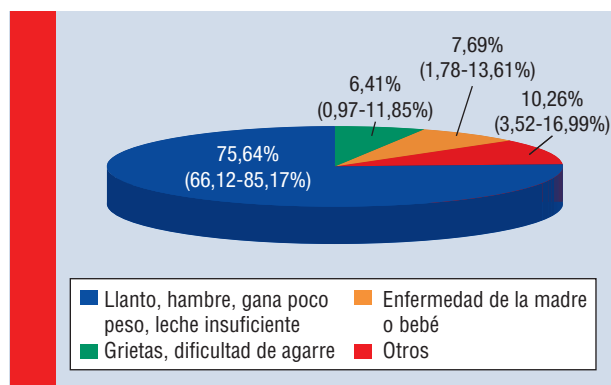


Figura 4. Motivos de lactancia parcial en el primer mes

Si el estudio hubiera sido de seguimiento y no transversal, podríamos conocer si los casos de lactancia parcial son los que realmente abandonan precozmente la lactancia.

La recogida de datos de la historia clínica es un sesgo importante para algunos aspectos, como la administración de suplementos; además, otros factores, como la experiencia con otros hijos o la ayuda recibida en el hospital, pueden confundir el efecto de los suplementos, pero no han sido estudiados.

## Discusión

En España no existe un registro nacional que permita conocer la prevalencia de la lactancia. Se han publicado estudios con diferentes patrones metodológicos que dificultan la comparación de los resultados de prevalencia entre ellos<sup>23-30</sup>.

Nuestra prevalencia de LM al nacer, del 81,18%, se sitúa cercana a la media de los valores de prevalencia de otros estudios realizados en España<sup>5,6,8,9,15-18</sup>; sin embargo, la prevalencia de la LM exclusiva al alta del hospital, del 41,53%, no se corresponde con la deseable por los hospitales, según los objetivos de la OMS y la estrategia IHAN, que acepta el porcentaje de suplementos administrados en su mayoría sin motivo médico<sup>21</sup>. A los 3 meses se observa un marcado descenso de la prevalencia de la lactancia y otro a los 6 meses (tabla 2 y figura 1). Los resultados obtenidos ofrecen una visión de cómo se está realizando el apoyo a la LM en el hospital: «piel con piel» en la primera hora (69,55%), lactancia al pecho en la primera hora (68,20%), información en el hospital (68,16%), suplementos en los que toman LM (34,51%) y abandonos en las primeras 48 horas (5,45%). Estos resultados nos hacen reflexionar sobre la adecuación de las prácticas hospitalarias, y observamos una relación de la técnica de «piel con piel» en la primera hora y de la lactancia precoz con la prevalencia de LM exclusiva a los 15 días de vida (tabla 3).

Un 34,51% de los recién nacidos que toman LM ha tomado suplementos durante la hospitalización. Un porcentaje importante de éstos no tiene un motivo clínico que lo justifique (figura 2, tablas 1 y 2), de forma parecida a lo observado en otros estudios<sup>7,22</sup>.

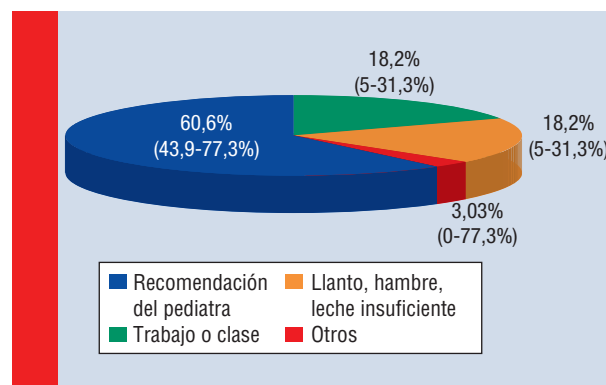


Figura 5. Motivos de lactancia parcial entre 3-6 meses

Las edades de mayor riesgo, en las que se introducen otros alimentos o se desteta al lactante, son antes del primer mes, y entre el cuarto y el quinto mes (figura 3), similares a los momentos de riesgo que se recogen en otros estudios<sup>4,26,31</sup>.

Los motivos argumentados por las madres durante el primer mes para introducir otros alimentos son la leche insuficiente y el llanto, el hambre y la poca ganancia de peso del bebé, lo que sugiere que no se consigue instaurar la LM con éxito (figura 4), también observado en otros estudios<sup>25</sup>. Entre el tercer y sexto mes, la introducción de otros alimentos es mayoritariamente recomendada por un profesional de la salud, en parte justificada por el Programa del Niño Sano utilizado en atención primaria, que recomienda introducir la alimentación complementaria a los 5-6 meses<sup>32</sup>, y en parte por la imposibilidad de solucionar los problemas de lactancia (escasa ganancia de peso, llanto, hambre del bebé, y leche insuficiente o reincorporación laboral de la madre), lo que motiva la introducción precoz de otros alimentos (figura 5). Todo esto nos lleva a plantear, igual que el estudio de la comunidad de Murcia de 2009, que «los patrones de intervención son necesarios y educativos en las consultas pediátricas, y son fundamentales las 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 a la madre lactante, sin olvidar la formación continuada de los profesionales sanitarios»<sup>9</sup>.

En las últimas décadas se ha observado un aumento de las tasas de inicio de LM, aunque es preocupante el abandono precoz de la LM exclusiva en los 3 primeros meses (tan sólo una minoría llegan a los 6 meses), lo que se aleja del objetivo del 50% de LM exclusiva a los 6 meses que marcan la OMS-UNICEF<sup>1</sup> y la AEP<sup>3</sup>.

No sólo la instauración progresiva de las prácticas hospitalarias recomendadas por la OMS<sup>1</sup> ofrece una mejora en la prevalencia, sino que también se debe apoyar el mantenimiento de la lactancia prolongada, tanto por parte de los profesionales que atienden a las madres en la comunidad como de los grupos de apoyo a las madres.

TABLA 3

Prácticas hospitalarias	Prevalencia de lactancia	15 d						1 m						3 m						6 m						
		No			Sí			No			Sí			No			Sí			No			Sí			
		n	%	p	n	%	Sig.	n	%	p	n	%	Sig.	n	%	p	n	%	Sig.	n	%	p	n	%	Sig.	
Piel con piel	Abandono LM	0	0,0	2	3,6	n.s.	0	0,0	3	5,9	n.s.	5	25,0	12	24,5	n.s.	12	57,1	20	43,5	n.s.	6	28,6	23	50,0	n.s.
	LM parcial	7	43,8	7	12,7	0,017	6	28,6	11	21,6	n.s.	8	40,0	9	18,4	n.s.	3	14,3	3	6,5	n.s.	12	50,0	20	46,5	n.s.
	LM completa	9	56,3	46	83,6	0,049	15	71,4	37	72,5	n.s.	7	35,0	28	57,1	n.s.	7	29,2	22	51,2	n.s.	5	20,8	1	2,3	0,036
Pecho 1.ª hora	Abandono LM	1	5,0	1	2,0	n.s.	0	0,0	3	5,8	n.s.	5	25,0	12	23,5	n.s.	14	31,8	4	14,3	n.s.	20	41,7	16	66,7	n.s.
	LM parcial	8	40,0	6	11,8	0,018	8	40,0	9	17,3	n.s.	8	40,0	10	19,6	n.s.	7	29,2	22	51,2	n.s.	24	50,0	6	25,0	n.s.
	LM completa	11	55,0	44	86,3	0,01	12	60,0	40	76,9	n.s.	7	35,0	29	56,9	n.s.	6	13,6	13	46,4	0,005	4	8,3	2	8,3	n.s.
Suplementos en Hospital	Abandono LM	2	4,5	0	0,0	n.s.	1	2,2	2	7,7	n.s.	6	33,3	11	42,3	0,014	6	13,6	13	46,4	0,005	8	42,1	25	51,0	n.s.
	LM parcial	6	13,6	8	28,6	n.s.	38	84,4	13	50,0	n.s.	6	21,4	11	27,5	n.s.	7	25,0	10	25,0	n.s.	3	15,8	3	6,1	n.s.
	LM completa	36	81,8	20	71,4	n.s.	0	0,0	2	3,2	n.s.	6	23,1	10	22,2	n.s.	15	53,6	19	47,5	n.s.	17	47,2	17	51,5	n.s.
Información Hospital	Abandono LM	0	0,0	2	3,2	n.s.	1	2,7	2	5,7	n.s.	10	24,4	8	25,8	n.s.	10	24,4	8	25,8	n.s.	16	44,4	13	39,4	n.s.
	LM parcial	0	0,0	14	22,2	n.s.	20	76,9	32	71,1	n.s.	6	21,6	9	25,7	n.s.	19	46,3	17	54,8	n.s.	3	8,3	3	9,1	n.s.
	LM completa	9	100,0	47	74,6	n.s.	1	2,7	2	5,7	n.s.	8	21,6	9	25,7	n.s.	28	75,7	24	68,6	n.s.	16	44,4	13	39,4	n.s.
Información Centro Salud	Abandono LM	0	0,0	2	4,3	n.s.	21	84,0	35	74,5	n.s.	28	75,7	24	68,6	n.s.	19	46,3	17	54,8	n.s.	3	8,3	3	9,1	n.s.
	LM parcial	4	16,0	10	21,3	n.s.	8	21,6	9	25,7	n.s.	10	24,4	8	25,8	n.s.	10	24,4	8	25,8	n.s.	16	44,4	13	39,4	n.s.
	LM completa	21	84,0	35	74,5	n.s.	28	75,7	24	68,6	n.s.	19	46,3	17	54,8	n.s.	19	46,3	17	54,8	n.s.	3	8,3	3	9,1	n.s.

Es difícil comparar los resultados sobre la LM obtenidos en nuestro trabajo con los de otros estudios, porque no siguen la misma metodología de la OMS.

Nuestros resultados son similares a los de la Encuesta Nacional de Salud de 2006<sup>17</sup>.

De nuestro estudio destacamos la baja asistencia a educación maternal de las mujeres, del 20%. Según la bibliografía, las madres primíparas que reciben información sobre LM deciden con mayor frecuencia amamantar y mejoran su confianza, lo que favorece el mantenimiento de la lactancia<sup>12</sup>.

La toma de suplementos durante la hospitalización no es una buena técnica de apoyo a la LM<sup>21</sup>, aunque no se ha relacionado con el abandono de la lactancia en nuestro estudio (tabla 3). Un porcentaje elevado (34,51%) de los niños que toman LM ha tomado suplementos los primeros días, sin tener un motivo clínico claro (tabla 1).

La formación de los profesionales es uno de los pilares más importantes para mejorar el apoyo a las madres, ya que optimiza el apoyo tras el alta y ante cualquier eventualidad que pueda hacer peligrar el mantenimiento de la LM hasta los 6 meses de forma exclusiva, y se prolonga la lactancia durante más tiempo.

A partir de este estudio, que podemos considerar piloto, creemos importante realizar un estudio más amplio de prevalencia de la lactancia representativo de toda la comunidad, que permita conocer la situación real sobre este tema, profundizando especialmente en los motivos de las madres para abandonar la LM o no iniciarla e instaurar actuaciones para mejorar las tasas de lactancia.

## Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002 [citado 28 de noviembre de 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/nutrition/publications/gf\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf)
- Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington. 2007. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf)
- Paricio Talayero JM, Lizán García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 2006; 118: e92-e99.
- Gascón E, Pineda V, Martínez I. Causas de no inicio y de abandono de la lactancia materna en una zona rural. *Enfermería Integral*. 2005; 36-38.
- Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002; 56: 144-150.
- Peñuelas Carcavilla MC, Enjuto Gutiérrez B, Cruz Argudo J, Peñuelas Carcavilla R. Prevalencia de la lactancia materna en atención primaria e influencia de factores sociosanitarios y culturales. *Metas de Enfermería*. 2008; 11(7).



7. Romero Hernández ME, Algaba Piña S, Albar Marín MJ, Núñez Ollero E, Calero Barbe C, Pérez Caballero IM. Prevalencia de la lactancia materna y práctica hospitalaria en las maternidades de Sevilla. *Metas*. 2003; 59: 18-23.
8. Hernández Aguilar MT, Muñoz Guillén A, Lasarte Velillas JJ, García Vera C, Díaz Marijuan C, Martín Calama J. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta a 6.400 lactantes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004; 6: 19-37.
9. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urria JE, Oliver Roig A, García de León González R, et al. Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67: 283-289.
10. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
11. Proyecto de la UE sobre la promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y ayuda de lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Luxemburgo: Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, 2004. Disponible en: [http://www.ihan.es/publicaciones/libros\\_manuales/BluePrint\\_ES.pdf](http://www.ihan.es/publicaciones/libros_manuales/BluePrint_ES.pdf)
12. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63: 340-356. Disponible en: [http://www.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13079817&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revisita=37&ty=27&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v63n04a13079817pdf001.pdf](http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13079817&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revisita=37&ty=27&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v63n04a13079817pdf001.pdf)
13. Summary of Evidence. Systematic reviews, antenatal care and breastfeeding, June 2006. Disponible en: <http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/caphs/32122.pdf>
14. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48: 273-297.
15. World Health Organization. Global Data Bank on Breastfeeding [citado 30 de julio de 2002]. Disponible en: [https://apps.who.int/nut/db\\_bfd.htm](https://apps.who.int/nut/db_bfd.htm)
16. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 1999; 50: 333-340.
17. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
18. Martín C. Cuatro de cada diez madres no amamantan a sus bebés. *Diario de Mallorca*, 28 de agosto de 1995; Sección Primer Plano.
19. Cladera A. Lactancia materna, suspenso o aprobado. XI Congreso de la Asociación Nacional de Matronas y I Congreso de la Asociación de Matronas del Principado de Asturias. Oviedo, 2006 (póster n.º 103).
20. Memoria 2009. Fundación Hospital Son Llàtzer. Govern de les Illes Balears. Disponible en: [http://www.hsll.es/ges\\_doc/docs/DOC\\_30062010113427.pdf](http://www.hsll.es/ges_doc/docs/DOC_30062010113427.pdf)
21. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. UNICEF-OMS. WHO/FCH/CAH/09.01. WHO/NMH/NHD/09.01
22. Cuestas Montañés E, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. *Evid Pediatr*. 2011; 7: 15.
23. Aguayo Maldonado J, Pasadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz 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.
24. Olmo Navarro JE, Molina Ruano D, López Sánchez R, Bermúdez Ruiz MI, Castaño Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Profesión*. 2008; 9: 12-16.
25. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, 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.
26. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gac Sanit*. 2000; 15: 104-110.
27. González Oya JL, Valls Durán T, Mosquera González E, Herranz Álvarez M, López Ozores Y, Sanromán Varela MJ, et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008; 10: 603-616.
28. Hostalot Abás AM. 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.
29. Iglesias Casas S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. *Enferm Clin*. 2008; 18: 142-146.
30. Oliver A, Torras N, Martínez L. Factores de influencia en la duración de la lactancia materna en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Enferm Clin*. 2003; 13: 329-336.
31. Oliver A, Chulvi V, López F, Lozano MS, Seva C, Pérez S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. *Enferm Clin*. 2008; 18(6): 317-320.
32. Programa de l'Infant Sa, 2.ª ed. Palma de Mallorca: Gerència d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut. Govern de les Illes Balears, 2007.