

Original

Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad

M. Morán Rodríguez¹, J. C. Naveiro Rilo², E. Blanco Fernández³, I. Cabañeros Arias³, M. Rodríguez Fernández¹ y A. Peral Casado²

¹Pediatra. Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo. ²Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. ³Enfermera. Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo. León. España.

Resumen

Introducción y objetivos: Estimar la prevalencia y duración de la lactancia materna (LM). Describir la evolución del peso en el primer año de vida y la demanda de consultas al pediatra en relación al tipo de lactancia.

Pacientes y métodos: Estudio transversal. Datos retrospectivos. Se recogió una muestra aleatoria de historias clínicas de niños nacidos entre 2000 y 2005. Se estimó la prevalencia de lactancia natural al inicio, a los tres y seis meses. Se elaboró un índice de deserción para la duración. Se comparó el peso medio y el número de consultas al pediatra con el tipo de lactancia.

Resultados: Iniciaron la lactancia materna exclusiva (LME) un 63,5 % (IC 95 %: 58,6-64,5). A los seis meses permanecen un 22,6 % (IC 95 %: 18,4-26,9). Un 80,5 % (IC 95 %: 75,4-84,6) comienzan lactancia materna total —exclusiva o mixta— (LMT). El 43,4 % de los niños que empezaron con LME abandonaron a los tres meses y el 64,4% a los seis; mientras que los de LMT tienen índices de deserción menores, un 26,5 % y un 54,4% a los tres y a los seis meses, respectivamente. Los niños con lactancia materna mixta (LMM) suelen tener un peso medio mayor. Los alimentados con la LME hasta los seis meses, consultan al pediatra, un promedio de 4,5 veces durante el primer año. Los de lactancia artificial en unas 6,5 ocasiones. Ambas medias son significativas estadísticamente ($p < 0,007$).

Conclusiones: La lactancia materna en esta población se aparta de las recomendaciones de la OMS. Los resultados apuntan a que la LME conlleva una evolución del peso del niño más adecuada y una menor morbilidad, al menos en el primer año de vida.

(Nutr Hosp. 2009;24:213-217)

Palabras clave: Lactancia. Lactancia materna. Prevalencia. Duración. Peso. Consultas pediátricas.

Correspondencia: Manuel Morán Rodríguez.
Centro de Salud de San Andrés del Rabanedo.
C/Burbia, 23.
24010 San Andrés del Rabanedo (León).
E-mail: mmoran@gaple03.sacyl.es

Recibido: 25-IV-2008.
Aceptado: 18-VI-2008.

PREVALENCE AND DURATION OF BREAST-FEEDING. IT INFLUENCES ON THE WEIGHT AND THE MORBIDITY

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and the average length of Lactation. To describe the development of the weight during the first year of life and the demand of paediatric consultations in relation to the type of lactation.

Methods: A cross-sectional study was done using retrospective data. There was gathered a random sample of clinical histories of born children between years 2000 and 2005. There was estimated the prevalence of breastfeeding from the beginning until three and six months. An index of global desertion was elaborated. The average weight and the number of paediatric consultations were related to the type of lactation.

Results: The children initiate exclusive breastfeeding (MEL) in a 63.5% (CI 95%: 58.6-64.5). 22.6% amount them (IC 95%: 18.4-26.9) remained it until six months age. After three months of MEL 43.4% of the subjects gave up exclusively lactation. At the age of six months only 33.6% remained with MEL. Mixed form of lactation (MTL) was kept in 80.5% of the subjects (IC 95%: 75.4-84.6). Children included in the program of MTL (exclusive or mixed) have a minor index of desertion (26.5% and 54.4% up to three and six months, respectively). A higher weight was detected in children with mixed lactation. Those on the MEL up to six months consulted the paediatrician 4.5 times a year, whereas children with artificial lactation did it 6.5 times during their first year of life. There were statistically significant differences found ($p < 0.007$).

Conclusions: Percentage of lactation in the group studied is far from recommended levels (WHO). Exclusive breastfeeding (MEL) entails a suitable weight development, as well as a minor morbidity in the first year of life.

(Nutr Hosp. 2009;24:213-217)

Key words: Lactation. Breastfeeding. Prevalence. Duration. Weight. Paediatric consultations.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna (LM) como la ingesta de leche materna lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno¹. Recomienda que los niños sean alimentados así hasta el sexto mes de vida.

La influencia de la LM en el primer año de vida es importante para evaluar el crecimiento infantil. Los estudios realizados en diversos países muestran diferencias de crecimiento, tanto en peso como en estatura, según el tipo de lactancia²⁻⁶.

Unas recientes revisiones sistemáticas de estudios observacionales sugieren que la LM se asocia con una menor prevalencia de sobrepeso y de obesidad y que esta asociación, era más importante en aquellos con una lactancia más prolongada^{7,8}.

La LM parece conferir protección inmunológica frente a las infecciones y los procesos alérgicos, y puede reducir la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia. Además, se asocia con tasas más bajas de hospitalización^{9,10}.

Este estudio pretende conocer el patrón de prevalencia y duración de la lactancia materna en los niños nacidos entre los años 2000 y 2005, en la Zona de salud de San Andrés del Rabanedo (León) con una población de 38.000 habitantes, así como describir la evolución del peso en el primer año de vida y la demanda de consultas del pediatra en relación con el tipo de lactancia.

Material y métodos

El estudio fue realizado en la zona básica de salud de San Andrés del Rabanedo con una población de referencia de 35.667 personas y una tasa de natalidad media en los últimos cinco años de 0,78%.

Se trata de un estudio transversal con datos retrospectivos, reconstruyendo el comportamiento de la LM en los últimos años.

La población origen de este estudio fueron los niños nacidos en la zona de salud, entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2005.

Se eligió un muestreo aleatorio estratificado con afijación proporcional al número de nacidos por cada bienio. El tamaño de muestra se calculó para una confianza del 95%, una precisión del 4,8% y una prevalencia de inicio del 60%. Se prefijó un tamaño de muestra de 400.

La fuente de datos para obtener la información fueron las historias clínicas pediátricas de cada niño, almacenadas en un archivo centralizado.

La variable principal del estudio fue el tipo de lactancia al inicio, a los tres meses y a los seis meses,— con tres categorías: lactancia materna exclusiva (LME), cuando el niño se alimenta únicamente del pecho materno; lactancia mixta (LMM), cuando al pecho materno se le añade alguna toma con leche artifi-

cial; lactancia artificial exclusiva (LA). El resto de variables fueron semanas de gestación, peso al nacer, peso a los tres meses, a los seis y al año, número de consultas al pediatra en el primer año de vida excluidas las del programa del lactante.

El análisis estadístico consistió en estimar la prevalencia para la LME y para la lactancia materna total (LMT) en la que se incluyeron todos los niños alimentados a pecho que, además, tomaran leches artificiales (LME + LMM). Se calcularon los intervalos de confianza del 95% de cada estimación.

Se ha calculado un Índice de Deserción (ID) para la lactancia materna exclusiva y la total, que expresa la proporción de niños que iniciando la lactancia materna la abandonan a los 3 o a los 6 meses. Se formula: $IA = (P_0 - P_t) / P_0$; donde P_0 es la prevalencia al inicio y P_t es la prevalencia en el momento considerado¹¹.

Para comparar el promedio de la ganancia de peso según el tipo de lactancia en las edades estudiadas se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para un factor. También utilizamos el análisis de la varianza de una vía en la comparación del número de consultas al pediatra durante el primer año y las modalidades de lactancia.

Resultados

Se han revisado 384 historias clínicas, que supone el 96% del la muestra prefijada. Las características de la muestra se representan en la tabla I (16 historias fueron rechazadas por falta de datos).

En la tabla II se exponen las prevalencias e índices de deserción de lactancia materna exclusiva y lactancia

Tabla I
Características de la muestra

<i>Variable</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
Sexo		
-Niño	193	50,2
-Niña	191	49,8
Bienio de nacimiento		
-2000-1	147	38,3
-2002-3	127	33,1
-2004-5	110	28,6
Tiempo de gestación		
< 37 semanas	25	7,1
≥ 37 semanas	330	92,9
Peso al nacer (gramos)		
< 2.500	32	8,4
≥ 2.500	350	91,6
Consultas en el primer año		
< 6	175	63,6
6-10	62	22,6
> 10	38	13,8

Tabla II
Lactancia materna exclusiva y total e índices de deserción para las distintas edades

Edad del niño	Lactancia Materna Exclusiva (LME)			Lactancia Materna Total (LMT)		
	Prevalencia (%)	IC del 95%	Índice de deserción	Prevalencia (%)	IC del 95%	Índice de deserción
0 meses	63,5	58,6-64,5		80,5	76,4-84,6	
3 meses	35,9	31,0-40,8	43,4 %	59,1	54,1-64,1	26,5%
6 meses	22,6	18,4-26,9	64,4 %	36,7	31,7-41,7	54,4%

LMT = Lactancia materna exclusiva (LME) + lactancia materna mixta (LMM).
IC: Intervalo de confianza.

materna total; estratificado por edad del niño. Inician LME un 63,5% de los niños (IC 95%: 58,6-64,5). En la revisión pediátrica de los seis meses permanecen un 22,6% (IC 95%: 18,4-26,9) con LME. Un 80,5% (IC 95%: 75,4-84,6) inician de forma exclusiva o mixta LM.

El 43,4% de los niños que empezaron con LME abandonaron a los tres meses y el 64,4% a los seis. Los de LM total tienen índices de deserción menores, un 26,5% y un 54,4% a los tres y a los seis meses, respectivamente.

La evolución de la ganancia de peso en promedio, es diferente según el tipo y duración de la lactancia como muestra la tabla III. Los niños con lactancia mixta de inicio son los que ganan más peso a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Los niños cuya alimentación es exclusivamente de lactancia materna hasta los 6 meses son los que han ganado menos peso a los 6 y 12 meses, con una $P = 0,04$ y $P = 0,03$ respectivamente.

En la tabla IV se visualiza que los niños que mantienen la LME hasta los seis meses consultan al pediatra un promedio de 4,5 veces, durante el primer año, 5,3 veces los de LMM y 6,5 los de lactancia artificial: Estas diferencias son significativas estadísticamente ($p < 0,007$).

Discusión

Los resultados de esta investigación muestran que la prevalencia y duración de la lactancia materna en la población origen de nuestro estudio se sitúa en un nivel intermedio en relación a otros estudios en nuestro país¹²⁻¹⁵.

En nuestro medio el porcentaje de inicio del 63,5% es claramente superior al 51% (aportado por Suárez Gil P. et al en Asturias¹³ e inferior al 78% publicado por Hostalot et al en el Sur de Cataluña)¹⁴.

Tabla III
Evolución de la ganancia de peso en gramos durante el primer año de vida, según el tipo de lactancia

	Peso al nacer	Promedio de ganancia de peso a los 3 meses	Promedio de ganancia de peso a los 6 meses	Promedio de ganancia de peso a los 12 meses
<i>Tipo de lactancia al nacer</i>				
LME	3.246 (445)	2.602 (653)	4.243 (822)	6.602 (1.144)
LMM	3.127 (452)	2.692 (617)	4.569 (947)	6.813 (1.125)
LA	2.844 (638)	2.573 ((638)	4.486 (846)	6.828 (1.125)
G.S.	$p < 0,01$	ns	$p = 0,07$	ns
<i>Tipo de lactancia a los 3 meses</i>				
LME		2.564 (631)	4.108 (817)	6.496 (1.133)
LMM		2.711 (654)	4.601 (875)	6.885 (1.200)
LA		2.566 (634)	4.416 (858)	6.733 (1.116)
G.S.		ns	$p < 0,05$	$p = 0,03$
<i>Tipo de lactancia a los 6 meses</i>				
LME			4.096 (868)	6.402 (1.171)
LMM			4.548 (936)	6.834 (1.154)
LA			4.392 (820)	6.748 (1.129)
G.S.			$p = 0,04$	$p = 0,03$

G.S: grado de significación; ns: no significativo. (Desviación estándar). LME: lactancia materna exclusiva, LMM: lactancia materna mixta, LA: lactancia artificial.

Tabla IV
Media de consultas realizadas al pediatra de atención primaria durante el primer año de vida según el tipo de lactancia en cada periodo

Tipo de lactancia	Al nacer	A los 3 meses	A los 6 meses
LME	5,6 (4,9)	5,0 (4,3)	4,5 (3,4)
LMM	5,9 (4,6)	6,3 (5,9)	5,3 (4,6)
LA	6,4 (4,6)	6,3 (4,3)	6,5 (5,1)
G.S:	ns	ns	p < 0,007

(Desviación estándar). LME: lactancia materna exclusiva. LMM: lactancia materna mixta. LA: lactancia artificial. G.S.: grado de significación; ns: no significativo.

En nuestros datos la prevalencia y la duración de la LM son inferiores a las observadas en países del norte y centro de Europa (en torno al 90% al inicio y del 50% a los tres meses del nacimiento)^{16,17}.

En esta población de la provincia de León la lactancia materna se caracteriza por tener unas aceptables cifras al comienzo que disminuyen rápidamente, de tal modo que a los 3 meses del parto más del 40% de las madres que empezaron lactando a sus hijos de forma natural abandonaron dicha práctica. Este patrón corresponde con la categoría I en la clasificación de La OMS. Similar situación está descrita por Barriuso et al para el Norte de España¹².

Nuestros indicadores de abandono de la LM son menores a los asturianos donde el 71% de los niños que empezaron la lactancia la abandonan antes de los tres meses¹³ frente al 43,4% de los niños de nuestro medio.

El índice de abandono de LME a los tres meses es sustancialmente superior al de lactancia materna total, lo que revela que las madres introducen la lactancia mixta de forma prematura.

Las comparaciones entre la prevalencia y duración que nosotros aportamos y las de otros autores¹²⁻¹⁵, hay que interpretarlas con cautela, pues las metodologías empleadas han sido diferentes. Varían tanto el tipo de diseño como la fuente de información; en nuestro caso ha sido la historia clínica del niño.

La recogida de información de forma retrospectiva, realizada en nuestro estudio, generalmente presenta algunas limitaciones relacionados con la falta de algunos datos que pueden introducir sesgos en la muestra seleccionada. La propia selección de la muestra entre las historias clínicas de los pediatras, limita la validez externa al ámbito de los niños con pediatra en el sector de la sanidad pública. No obstante, hay que decir que esta es la situación del 95% de los niños de nuestra área sanitaria. Si extrapolásemos los datos a todos los niños menores de un año no podríamos descartar una sobreestimación en las prevalencias de lactancia en las tres edades estudiadas, debido, tal vez, a una mayor promoción que sobre la misma hacen los pediatras. Pese a ello, la metodología empleada en este estudio puede considerarse útil para establecer los patrones de lactancia materna así como para el estudio del desarrollo pon-

dero-estatural de los niños de una determinada área dada su facilidad, rapidez y el bajo coste.

El análisis de nuestros datos apunta a que la alimentación exclusiva con leche materna, durante los seis primeros meses de vida, tiene una influencia en la evolución del peso del niño a lo largo del primer año, sin que se pueda identificar un patrón claramente diferenciado, sí parece que la ganancia de peso, en los alimentados con leche materna exclusivamente, es menor que los alimentados con lactancia mixta o lactancia artificial.

Otros autores confirman una asociación clara en el sentido de que a mayor tiempo de amamantamiento mayor es el peso del niño, por lo menos hasta los nueve meses⁶, ratificando así que las diferentes prácticas alimentarias llevan a patrones diferentes de crecimiento infantil. Esto no entra en contradicción con el menor riesgo de sobrepeso y obesidad que a lo largo de la vida tienen los niños que se alimentan más tiempo con lactancia natural^{7,8}.

No debemos olvidar que la alimentación con pecho materno hasta los seis meses de vida es importante, no sólo para el crecimiento infantil, sino también por sus beneficios en la protección contra enfermedades infecciosas y respiratorias^{10,18-21}, aunque estudios realizados en nuestro medio no han sido concluyentes²³.

Los niños con lactancia mixta se muestran como los que suelen tener un peso mayor y, aunque no encontramos nada similar en la literatura.

La comprobación en nuestro estudio de que los niños alimentados con LME consultan significativamente menos veces por enfermedad, al pediatra durante los primeros doce meses, está en concordancia con lo anteriormente expuesto. En un estudio realizado por Victoria et al²⁴ se constata que los niños que no recibían leche materna tenían más riesgo de morbilidad por GEA, enfermedades respiratorias y por otros tipos de infecciones frente a los alimentados con leche materna.

A la hora de elegir el mejor momento para el destete o la introducción de alimentos complementarios debemos tener en cuenta los beneficios citados, que contribuyen a disminuir la morbilidad infantil.

En el transcurso del primer año de vida los profesionales sanitarios tienen que ofrecer a las madres una buena orientación a cerca de los tipos de alimentos que pueden introducirse, con la intención de atender las necesidades de nutrientes y respetar la maduración gastrointestinal²⁴.

Los resultados encontrados muestran que el patrón de lactancia materna en esta población dista de lo recomendado por la OMS y sugieren que la LME conlleva una evolución del peso del niño más adecuada, así como una menor morbilidad al menos en el primer año de vida del lactante.

Este estudio refuerza la necesidad de desarrollar actividades y programas específicos en nuestra área destinados a la promoción de la Lactancia Materna.

Finalmente, consideramos necesario mantener abiertas líneas de investigación orientadas a conocer la situación real de la lactancia materna y especialmente a evaluar los beneficios que de ella se deriven.

Referencias

1. Organización mundial de la Salud. Reunión Conjunta OMS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 1979.
2. Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA y cols. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. *Pediatrics* 1995; 96: 495-503.
3. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001; 131: 262-7.
4. Haschke F, Van Hof MA. Euro-growth references for BF boys and girls: influence of breast-feeding and solids on growth until 36 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31 (Supl. 1): S60-71.
5. De Onis M, Onyango AW. The Centers for Disease Control and Prevention 2000 growth charts and the growth of breastfed infants. *Acta Paediatr* 2003; 92: 413-5.
6. Spyrides MHC, Struchiner CJ, Barbosa Serrano MT, Kac G. Breastfeeding practices and infant growth: a longitudinal study in Rio de Janeiro, Brazil, 1999/2001. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (3): 756-766.
7. Harder T, Bergmann R, Kallischning G, plagemann A. Duration of Breastfeeding and Risk of overweight: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005; 162 (5): 397-403.
8. Owen GG, Martin MR, Whincup PH, Davey-Smith G, Gillmann MW, Cooch DG. The Effect of breastfeeding on mean body mass index throughout life: a quantitative review of published and unpublished observational evidence. *Am J Clin Nutr* 2005; 82 (6): 1298-1307.
9. Leventhal JM, Shapiro ED, Aten CB, Berg AT, Egerter SA. Protege la lactancia materna a los niños de tres meses de edad frente a las infecciones? *Pediatrics* (Ed esp). 1986; 22: 337-43.
10. Oddy WH. The impact of breastmilk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002; 10: 5-18.
11. Silva LC, Valdés-Lazo F, Amador M. Discontinuity indices: a tool for epidemiological studies on breastfeeding. *Int J Epidemiol* 1995; 24: 965-969.
12. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr* 1999; 50: 237-243.
13. 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 (2): 104-110.
14. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Mercé Gratacò J, Iglesias Niubó J y cols. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *Ann Esp Pediatr* 2001; 54: 297-302.
15. Gómez Sanchiz M, Baeza Berruti JE, González Mateos JA, Avila Martín-Gil O. Prevalencia de la lactancia materna en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19: 318-322.
16. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005; 116 (5): 702-8.
17. Kohlhuber M, rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany. A Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008; 2: 1-6.
18. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B y cols. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002; 110: 343-7.
19. Huffman SL, Combest C. Role of breast-feeding in the prevention and treatment of diarrhea. *J Diarrhoeal Dis Res* 1990; 8: 68-81.
20. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995; 126: 696-702.
21. Villalpando S, López-Alarcón M. Growth faltering is prevented by breast-feeding in underprivileged infants from Mexico City. *J Nutr* 2000; 130: 546-52.
22. Carratalá Munuera MC, Gascón Pérez E, Raga Ortega M. ¿Es la lactancia materna un factor de protección ante los procesos infecciosos? Estudio de casos y controles. *Aten Primaria* 2005; 35 (3): 104-5.
23. Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG y cols. Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987; 2: 319-22.
24. Bronner YL, Paige DM. Current concepts in infant nutrition. *J Nurse Midwifery* 1992; 37 (2 Supl.): 43S-58S.