

¿ESTÁ GARANTIZADA LA SUPERVIVENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA? PERFIL DEL BINOMIO MADRE-HIJO EN EL ÁREA SANITARIA DE TALAVERA DE LA REINA

Carmen Pérez Habas, María Muñoz Bermejo, Nieves Robledo Casado, Rosa Dulanto Banda

RESUMEN.

Objetivo; Determinar la prevalencia y supervivencia de la LM en el área sanitaria de Talavera de la Reina, comparando y valorando las distintas variables, entre las cuales distinguimos el tipo de zona.

Método; Estudio transversal, donde la población diana fue el binomio de 226 madre-hijo, cuyos niños nacieron en el hospital público de Talavera de la Reina entre el 15/02/2011 y 15/04/2011. Mediante encuestas telefónicas a los padres se obtuvieron datos socio demográficos de la madre, socio sanitarios de ambos y el tipo de alimentación del niño, recogiendo información de los motivos de no iniciar o abandonar la LM. La estimación de la curva de prevalencia de lactancia según la edad del niño se realizó mediante regresión logística univariante, y el análisis de los factores asociados mediante regresión logística múltiple.

Resultados; Finalmente quedó una muestra de 148 nacidos vivos debido a diversas causas. La población diana eran en mayor nº mujeres españolas, casada/pareja, amas de casa con edad media de 30,90 y pertenecientes a la zona urbana. El parto predominante fue eutócico. Obtuvieron EPS mayoritariamente por profesionales y no utilizan los talleres de lactancia. Media de la variable días hasta el destete 94.93. El peso medio de los bebés es de 3.305kg, la mayoría niños. La edad media gestacional es de 39,53 semanas.

Conclusiones; La supervivencia de la lactancia completa en esta área es tan solo de 94 días con una disminución de prevalencia entre el 2º y 4º mes.

Palabras clave; Lactancia materna, medio rural, medio urbano y taller de lactancia.

INTRODUCCIÓN.

El arte de la crianza está representado desde el inicio de los tiempos por la imagen de la lactancia materna, las bondades de este “oro blanco” tanto a nivel cuantitativo como cualitativo en beneficio de la madre y del bebé son incomparables con cualquier producto comercial. Estas virtudes son más que de sobra conocidas por parte de los distintos profesionales sanitarios como por numerosos usuarios que cada vez con más hincapié, quieren hacer llegar a sus bebés.

El hecho del beneficio que supone la lactancia materna a corto/largo plazo tanto para el bebé como para la madre ha sido motivo de numerosos estudios científicos, como la disminución del riesgo de padecer infecciones, enfermedades crónicas, obtención de un mayor desarrollo cognitivo¹, y la novedosa aportación sobre la prevención de deformaciones maxilofaciales².

A nivel materno podemos destacar la menor incidencia de cáncer de mama y de ovario, así como de fracturas de cadera^{3,4}.

A pesar de conocer y enumerar las numerosas propiedades del alimento humano por excelencia, España sigue poniendo de manifiesto una de las prevalencias europeas más bajas de Lactancia Materna, siendo representado en 2010 por una prevalencia del 23% y 11% en niños entre 3 y 6 meses, comparado con nuestros vecinos Suecos con 85%-73% o Ingleses con un 33%-21%,(SENC 2010).

Desgraciadamente en los últimos tiempos esta representación materno-filial ha sido distorsionada por los cambios culturales y sociales que acompañaban a nuestra sociedad reflejada en la presión publicitaria, en la transformación social y cultural, quedando reflejado en países con mayor desarrollo, que presentan tasas bajas y resistentes al cambio.

En todos estos factores no podemos dejar de lado el papel de los sanitarios y el que hacer de la instituciones, dónde se manifiesta una falta de unificación de criterios y una gran tecnificación del proceso del parto y crianza.

Con el objetivo de recuperar y perpetuar este patrón biocultural, que debe ser pasado de forma generacional entre madres e hijas, y ante las alarmantes cifras en las que se evidencia que menos del 35% de los niños sean alimentados hasta los 4 meses con leche materna de forma exclusiva. La Lactancia Materna se ha convertido en uno de los puntales principales dentro de los programas sanitarios, promovidos a su vez por UNICEF y la OMS, citando iniciativas como 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 existen recomendaciones de profesionales sobre el amamantamiento y el uso de leche humana¹¹, así como guías clínicas basadas en la evidencia para el manejo de la LM¹².

“La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible”.

En un intento de conseguir este objetivo, desterrando falsos mitos y proporcionando información veraz con difusión unificada por parte de los profesionales sanitarios, pone en marcha la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, desde Mayo 2006 talleres de lactancia materna, repartidos por toda el área sanitaria, ampliándose a las zonas rurales. Labor que se ha respaldó con los datos obtenidos del Estudio de Prevalencia de permanencia de L.M. en el área sanitaria del 2008, quedando en evidencia unos empobrecidos valores estimados en 9,1% de niños que recibieron Lactancia Materna Exclusiva los 6 meses, y un 61 de 231 niños con datos (26,4%) tuvieron lactancia materna los 6 meses, combinada o no¹³. Si hablamos de un área sanitaria cuya población total es 157827 habitantes, de los cuales 79514 son mujeres y

36712 mujeres se encuentran en edad fértil (23,3%), cualquier política dirigida a mejorar la lactancia materna tendrá un elevado impacto en términos poblacionales.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, y tomando como referencia las reseñas apreciadas gracias a la explotación de datos de la citada gerencia, y los distintos estudios, se pretende conocer la prevalencia de lactancia materna de dicha área sanitaria, estudiándose la multitud de variables socio demográficas donde se valoraron las distintas zonas que forman el conjunto del área sanitaria (zona rural/zona urbana), que hasta el momento no se habían tenido en cuenta, y socio sanitarias que acompañan a la madre/hijo y que determinan el factor L.M.

Partimos de la de la Hipótesis de conocer la supervivencia de la lactancia materna en todo el conjunto de la ZBS, teniendo en cuenta si el vivir en zona rural o urbana determinaba la prevalencia y seguimiento de la lactancia.

Justificándonos, que como profesionales sanitarios en contacto directo y diario tanto con madres como bebés nos planteamos que factores o causas determinan el inicio y mantenimiento de la LM, así como el abandono de la misma.

METODOLOGÍA.

Se eligió un diseño de estudio prospectivo, descriptivo y comparativo, cuya población diana a estudio fueron todos los niños nacidos de 15 Febrero a 15 Abril 2011 (230 niños) y sus madres, perteneciendo ambos al área de salud de Talavera de la Reina, formada por 17 zonas básicas de salud de las cuales 5 son urbanas y 12 rurales.

Se calculó el tamaño muestral según el programa estadístico Epidat sobre un total de 226 nacidos vivos no desplazados con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y teléfono, entre el periodo anteriormente mencionado, considerando como representativa una muestra de 125 binomios madre-hijo, con un nivel de confianza del 95%, con una precisión absoluta del 5% y estimando unas pérdidas del 20% y considerando una densidad de incidencia de 85% de cese de lactancia materna completa (LMC) a los 6 meses o antes. Se llamó a las madres al menos 3 veces por punto de corte (1 llamada

entre los 3 y 5 meses y 1 después de los 6 meses) o hasta encontrarlas, y en caso de ser excluidas eran reemplazadas por la siguiente en el listado, hasta completar la muestra.

La recogida de datos se obtuvo a través de 2 cuestionarios propios, basándonos en otros encontrados durante la búsqueda bibliográfica^{13,14,15,16}, en el cual se han incluido preguntas referentes a los datos de la alimentación de los niños con el recuerdo de 24 horas.

Se realizaron dos encuestas telefónicas estructuradas con un guión predefinido, dónde en el inicio de las mismas se explicaba los motivos de las preguntas y se pedía consentimiento oral a los padres. Sobre ambos se realizó un pilotaje por personas ajenas y los datos se determinaron por colores en función de la fecha de nacimiento, comenzando las llamadas a los niños con fecha de nacimiento más actual para continuar en regresión con el resto de fechas. Los encuestadores fuimos los mismos investigadores.

Podemos distinguir el cuestionario en dos partes:

- En el primer cuestionario, se identificaba el personal investigador y se pidió consentimiento oral de los padres. Se recogieron datos socios demográficos y/o socioculturales, las variables y motivos de inclusión/exclusión (anexo 2). Los datos obtenidos de esta primera encuesta determinaban la clasificación y posterior seguimiento de la muestra.
- ✓ El segundo cuestionario se basaba en el seguimiento de la prevalencia, basándonos en las recomendaciones de la OMS y de la IHAN (anexo 1).

Fue realizado con una separación de dos meses, se preguntó por la forma de alimentación en las primeras horas, al salir del hospital, a los 15 días, al mes a los dos meses, a los cuatro meses y seis meses. En los casos en los que no fueron alimentados de forma exclusiva por leche materna, nos permitió conocer el tipo de alimentación del bebe, motivos de elección del tipo de lactancia, influencias externas.

Una vez terminadas las encuestas, los datos estadísticos se obtuvieron gracias al programa EpiInfo. En el momento de descargar los datos al programa se decidió agrupar ciertas variables para que los resultados fueran más concretos y específicos, reagrupando las edades de las madres por rangos (<25 años, >35 años, 26 a 30 años y 31 a 35 años) tipo de ZBS (urbano/rural), tipo de nacionalidad (española/extranjera), tipo de parto (eutócico, distócico e instrumental), nivel de estudios (bajo/alto), asistencia a talleres de lactancia (sí/no) y accesorios para la lactancia materna (pezonera/tetina). Dentro de las clasificaciones del tipo de lactancia se aportó la definición de Destete. Además realizamos una sub-agrupación de LMC (Lactancia materna exclusiva + lactancia predominante) y LM (LM con/sin L. Artificial con/sin alimentación complementaria) para poder comparar el peso de interés del resto de variables con ellas.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizada en función de las variables de interés (anexo 2). Se estudió la prevalencia de LM, globalmente y desagregada, teniendo en cuenta las distintas áreas (rural/urbana) y los tipos de lactancia. Se analizó la posible influencia de las características socio demográficas de la madre y el niño sobre la LM, valorándose las posibles relaciones entre ellas.

Para los contrastes de hipótesis se emplearon las pruebas de la Chi 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 $p < 0,05$.

Finalmente, para poder estimar la duración de la LM o LMC en función de los días de seguimiento, se hizo un análisis de supervivencia (de Kaplan Meier), en el que se determinó como **eventos** el destete y el cese de la lactancia materna completa antes de los 6 meses y como **censura**, la persistencia de ambas variables más allá de los 6 meses, o la pérdida del seguimiento antes de la ocurrencia de los eventos descritos.

RESULTADOS.

La población diana fue de 226 binomios madre-niño de los cuales perdimos 67 registros por distintas causas: 40 no contestaron a nuestra llamada, 3 por problemas con

idioma, 1 no quiso contestar a la encuesta, 3 tenían llamadas restringidas, 17 no tenían teléfono aportado, 3 por otras incidencias.

Finalmente obtuvimos un total de 148 registros. La distribución de las variables principales a estudio se puede revisar en la tabla 1.

➤ **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

Madre:

El 79.8% de la población diana eran mujeres españolas y un 20.2% de otra nacionalidad. (IC 95%). La edad media de las madres de 30,90 (mediana 31). Según la ZBS el 75,8% pertenecían a la zona urbana y un 24,2% a la zona rural. El tipo de parto predominante fue parto eutócico representado un 55.6%, teniendo en cuenta parto distócico (cesárea: 32,3%, partos instrumentales 12,1%) (IC 95%). El estado civil del 96% de la población era casada/pareja y el 4% restante soltera (IC 95%). Dentro de la actividad laboral 15,3% eran amas de casa, 58,9% activas y 25% en paro (IC 95%). Sobre la información previa: el 26.6% la realizó por iniciativa libre, el 58.9% obtuvo información especializada (a través de profesionales sanitarios), tan solo 0.8% se benefició de ambas y el 13.7% no recibió ningún tipo de información. De asistencia al taller un 83.1% no acudieron a ningún taller de lactancia, y un 16.9% que sí. De los que se pusieron al pecho en la primera hora de vida un 64.5% frente al 35.5% de los que no les pusieron. Motivos para mantenimiento de la lactancia: por consejo profesional un 1.6%, por decisión materna un 17.4%, por más de un factor 32.3%, no mantienen LM 37.9%, no registrados 0.8%. Utilizaron accesorios para facilitar la lactancia 30.6% y un 69.4% no. La media de los días hasta el final de la lactancia materna fue de 54.65 (mediana 30).

Entre los factores para introducir la lactancia artificial: laboral 13.7%, desconocimientos 8.1%, enfermedad 5.6%, experiencias previas negativas 2.4%, factor niño 3.2%, hipogaláctea 15.3%, más de un factor 29.8%, perdidos 3.2%, no lactancia artificial 4.8% y no registrados 13.7%.(IC 95%). Motivos para cesar la lactancia materna: consejo profesional 5.6%, decisión materna 21.8%, más de un factor 11.3%, perdidos 7.3%, continuaban lactando al terminar el estudio un 37.9% y no registrados el 16%.

Media de la variable días hasta el destete 94.93 (mediana 120).

Bebe:

Peso medio de los bebés al nacimiento 3.305kg (mediana 3.300). En cuanto al sexo del bebé el 46% niñas y 54% niños (IC 95%). La edad media gestacional en el momento del parto fue de 39,53 semanas (mediana 39,5, DE: 1,3).

➤ **PREVALENCIA DE LM Y LMC POR CADA PUNTO DE CORTE**

Se describe en el gráfico 1.

➤ **INFLUENCIAS DE VARIABLES (tabla 2)**

Tras el conocimiento de las variables que determinaron el perfil tanto de la madre como del bebé, se analizaron los datos más significativos en relación al mantenimiento de la Lactancia materna y Lactancia materna completa.

✓ **L.M.C**

Las madres que pusieron al pecho al bebé en la primera hora de vida, mantuvieron más lactancia materna completa hasta el mes; (P ,000 a ,006). Ser de nacionalidad española, influyó principalmente hasta el 2º mes de vida; (P,034). La actividad laboral, estar de baja maternal y la ZBS no son factores que determinaron el mantenimiento de la lactancia materna completa. Dentro del tipo de parto, la cesárea y por lo tanto el postoperatorio de la misma determinó la puesta en el pecho en la primera hora de vida, quedando reflejado en la lactancia materna completa; (P =,004).

✓ **L.M.**

Las madres que colocaron al bebé en la primera hora de vida, mantuvieron lactancia materna hasta el 2º mes; (P -,000 a ,029). En este caso la ZBS, distinguida por zona urbana y zona rural, intervino en los primeros meses. En cuanto a la nacionalidad, ser española actuó en el descenso de lactancia materna durante el 2º y 4º mes, respecto a las mujeres de otras nacionalidades. La paridad no reportó información estadísticamente significativa. El tipo de parto distócico, cesárea, volvió a reportar datos influyentes en las primeras horas de puesta al pecho al bebé, (P,011). Teniendo en cuenta el nivel de estudios, se observó que las madres con titulaciones superiores mantenían más lactancia materna desde el primer mes; (P ,027 a ,004) hasta el sexto mes.

Resto de variables y comparativa por cortes de tiempo (ver Tablas 3 y 4)

➤ ***ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.***

Por lo que se pudo observar una alta tasa de inicio, >80% para ir descendiendo de forma progresiva reflejado con una probabilidad de mantenimiento del 50% entre el segundo y tercer para hacer una notable caída entre el tercero y cuarto mes, manteniéndose estable hasta un nuevo descenso hacia los seis meses con la representación de la lactancia materna por parte de una 40% de la población, (según va pasando el tiempo va disminuyendo las probabilidades de que la mamá continúe manteniendo la lactancia). Se obtuvo como resultante un valor estimado de 94,009 días de mantenimiento de la lactancia (gráfico 2).

Así mismo la probabilidad de mantener la lactancia en el tiempo es determinado por el tipo de parto, por lo tanto, a mayor número de partos distócicos, menor supervivencia de lactancia, representado por un descenso gradual apoyado en el parto distócico (gráfico 3), aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN

En este estudio intentamos realizar un análisis completo de las características y perfil de la madre lactante y su bebé del área de salud de Talavera. Este estudio nos acerca a la realidad de los factores sociales, sanitarios y geográficos que aseguran el éxito o continuidad de la lactancia.

El perfil de la madre lactante es de una mujer mayoritariamente española con una edad media de 30 años de zona urbana, predominando como estado civil estar emparejada o casada, permaneciendo activa en el mundo laboral y con un nivel de estudios medio-alto.

Dentro de las variables que consideramos que pudieron influir en la prevalencia de la lactancia materna observamos que tan solo una mínima proporción de las mamás se beneficiaron de los talleres existentes en el área, pero es muy significativo que la mayoría de las que acudieron mantuvieron la lactancia materna hasta el final de nuestro estudio sobre todo a partir del primer mes. Creemos que esto se debe a que durante el primer mes es donde se realizan los primeros contactos entre el conjunto madre-hijo con los profesionales sanitarios y a su vez es el periodo de afianzamiento de la lactancia.

Aunque el tipo de parto predominante fue eutócico el parto distócico por cesárea estaba directamente relacionado con la pérdida de contacto entre el bebé y la madre en la primera hora de vida, hecho que asegura la disminución de la prevalencia de lactancia en más de la mitad de los niños estudiados.

Dentro de las intervenciones encaminadas al mantenimiento de la lactancia aseguraba la continuidad la unión de varios factores, como podían ser, el consejo profesional junto a la decisión materna o el apoyo de la familia, más que si se apoyaba en un factor único, cosa que tampoco asegura cierto éxito frente a una representativa población que no mantenía lactancia. La media de duración de la lactancia materna se estimó aproximadamente en 2 meses que podemos asociar con el desconocimiento por parte de la madre, que en la mayoría de los casos puede conducir a la sensación objetiva o subjetiva de la hipogaláctea. En este tramo de tiempo otro valor de influencia es la nacionalidad, siendo las madres españolas las que más mantienen la prevalencia. Además en el espacio de tiempo que ocupa el intervalo comprendido entre el 2º y 4º mes hemos encontrado un importante descenso de la prevalencia de lactancia (que no se apreció en las madres que acudieron a talleres) que podemos relacionar con el bache de lactancia y la incorporación al trabajo. A su vez, suele estar determinado por la falta de conocimientos, la escasez de buen consejo por parte de los sanitarios, la falta de apoyo o el poco uso de los recursos que la gerencia pone a disposición de los usuarios.

Una vez obtenidos los resultados del estudio se realizó una comparativa con proyectos¹⁷ de la misma región (Albacete 2006-2007), teniendo en cuenta variables similares, obtuvimos que de los datos socio demográficos no tenían relevancia en comparación a los nuestros, si encontramos importantes cambios en la proporción del tipo de parto distócico, concretamente la cesárea ha aumentando aproximadamente en el momento actual casi un 10%, datos alarmantes tanto para la práctica sanitaria como para la continuidad de lactancia materna.

Debemos mencionar como una de las limitaciones del estudio, las relativas a la obtención de la información por un grupo de entrevistadores, valorándolo como riesgo potencial, entendemos que ha sido controlado gracias a la sencillez y la brevedad del cuestionario, siendo los entrevistadores los mismos autores.

Asumimos como otra limitación la derivada 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.

CONCLUSIONES

Cuando nos referimos a la madre que lacta del área de Talavera estamos hablando de una mujer joven de unos 30 años, de zona urbana, con un nivel de estudios medio-alto, y activa laboralmente hablando, que ha obtenido educación sanitaria, principalmente a través de la búsqueda por sí misma y en cierto grado apoyada por la información aportada por los distintos profesionales sanitarios, por lo que fundamentalmente ha mantenido la lactancia por motivo propio tras tener conocimiento de sus beneficios. A mayor nivel cultural mayor nivel de inicio y seguimiento de lactancia. Tristemente esta afirmación no la podemos acompañar con las asistencia a talleres de lactancia y/o utilización de los recursos sanitarios que pone a disposición la GAPTA, es decir, a mayor oferta no hay mayor demanda.

La supervivencia de la lactancia completa en esta área es tan solo de 94 días, muy por debajo de las recomendaciones de la OMS, que considera su duración hasta los 6 meses.

El principal motivo de abandono es la creencia de hipogaláctea debido al desconocimiento por parte de las madres, hace descender de forma brusca la prevalencia entre el segundo y cuarto mes.

Creemos que este estudio puede ayudar a concienciar a los profesionales sanitarios de la gran importancia, en el apoyo, formación, y educación a las madres desde nuestras consultas para favorecer el inicio y continuidad de la Lactancia Materna, así mismo queremos resaltar como crítica constructiva la importancia de descender la tasa de cesáreas en el área, así como la institucionalización del parto y crianza. No por ello siendo menos importante el reciclaje y formación dentro de todo el colectivo sanitario, y dentro del colectivo de enfermería para poder garantizar un plan de cuidados de calidad.

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. Dra. Yilian López Méndez, Dra. Mirtha María Arias Araluce y Dra. Oksana del Valle Zelenenko. Lactancia materna en la prevención de anomalías dentomaxilofaciales. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord07199.htm
3. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, nº 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).
4. Hodinott P, Tappin D, Wright CH. Breast feeding. BMJ. 2008; 336:881-887.
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 45ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1992 (resolución WHA 45.33).
8. OMS/UNICEF. Iniciativa «Hospitales Amigos de los Niños». WHOUNICEF, 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: 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002. A55/15. Disponible en: <http://www.who.int/gb/eb-wha/pdf/wha55/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/pdfdocs/lm_gpc_peset_2004.pdf.

13. PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA GERENCIA.

14. Á. Raventós Caneta, Á. Crespo Garcíab, S. Villa Vázquez. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona) *ABS Sant Feliu-2, Barcelona. Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:409-20.

15. *Encuesta Nacional de Salud*. Disponible en: *Instituto Nacional de Estadística del Ministerio de Sanidad y Consumo*. Disponible en: www.ine.es

16. *Cuestionario de Lactancia (CLAC)*. *Infancia y Medio Ambiente*. *Cohorte de Valencia*. Disponible en: www.proyectoima.org

17. E. Herce Lerma; V. Requena Martínez; A. R. Rubio Martínez; J. Segovia Jiménez; E. Sierra Vázquez. *Prevalencia y factores de Riesgo de Inicio y Duración de la Lactancia Materna en Albacete. Análisis de Supervivencia*.

TABLA 1

FRECUENCIA DE VARIABLES		
EDAD DE GRUPOS	<=25	12,1%
	26-30	35,5%
	31-35	37,1%
	>35	15,3%
ESTADO CIVIL	Casada	96%
	Soltera	4%
ACTIVIDAD LABORAL	Ama de casa	15,3%
	Activa	15,9%
	Parada	25,8%
NACIONALIDAD	Española	79,8%
	Otras	20,2%
ESTUDIOS	Sin estudios	3,2%
	Primarios	38,7%
	Secundarios	34,7%
	Universitarios	23,4%

FRECUENCIA DE VARIABLES		
ZONA BÁSICA DE SALUD	Rural	24,2%
	Urbano	75,8%
EPS PREVIA AL PARTO	Libre	26,6%
	Especializada	58,9%
	Ambas	0,8%
PARTO	Sin información	13,7%
	Eutócico	55,6%
	Cesárea	32,3%
SEXO DEL BEBÉ	Instrumentado	12,1%
	♀	46%
ASISTENCIA AL TALLER	♂	54%
	Si	16,9%
PECHO A 1ª HORA	No	83,1%
	Si	64,5%
PECHO A 1ª HORA	No	35,5%

GRÁFICO 1

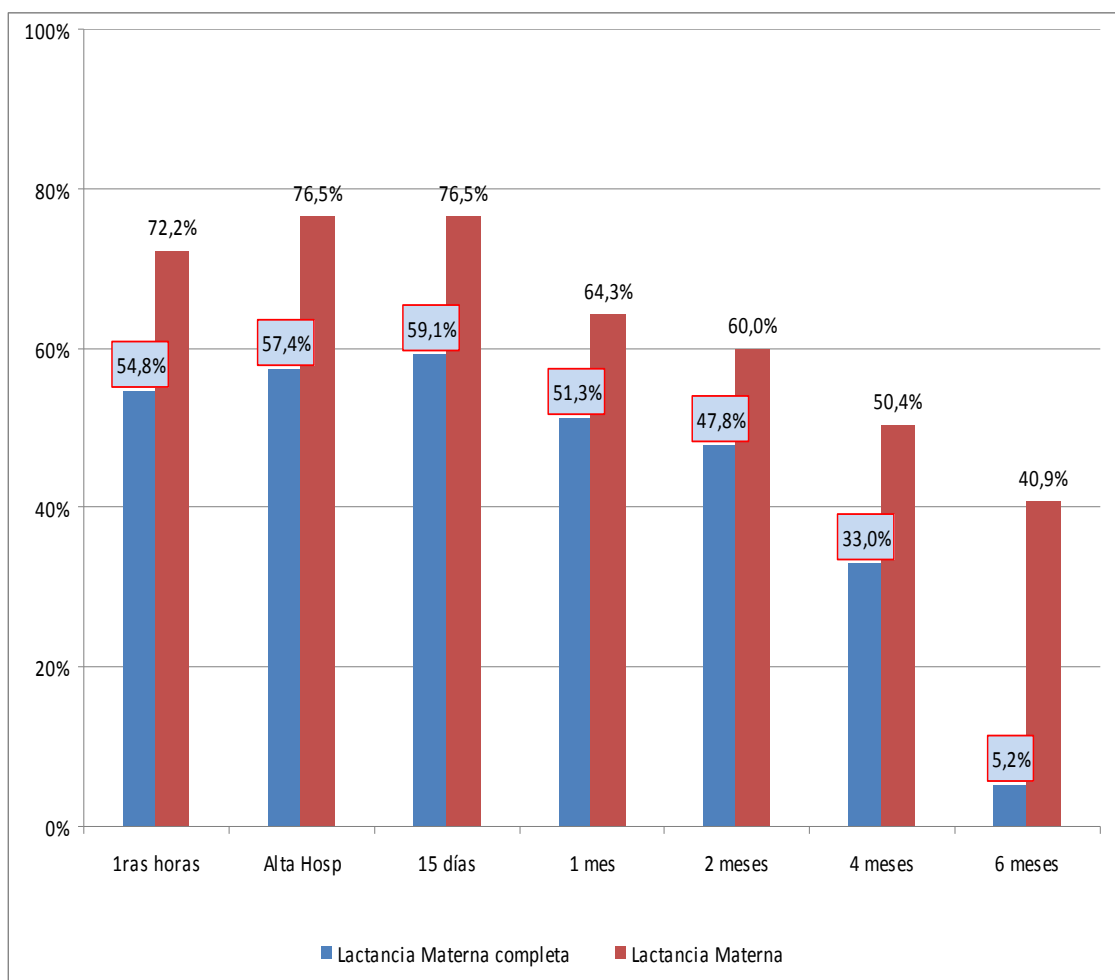


TABLA 2

RELACIÓN DE LAS VARIABLES CON LM EN DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

		1ª Horas de vida		Al alta hospitalaria		A los 15 días		Al mes		A los 2 meses		A los 4 meses		A los 6 meses	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
ESTUDIOS	Bajo (%)	64	36	64	36	68	32	52	48	44	56	34	66	26	64
	Alto (%)	78,5	21,5	86,2	13,8	83,1	16,9	73,8	26,2	72,3	27,7	63,1	36,9	52,3	47,7
	Sig.	0,086		0,005		0,059		0,015		0,002		0,002		0,004	
CESÁREA	Si (%)	56,8	43,2	70,3	29,7	67,6	32,4	56,8	43,2	51,4	48,6	48,6	51,4	35,1	64,9
	No	79,5	20,5	79,5	20,5	80,8	19,2	67,9	32,1	64,1	35,9	51,3	48,7	43,6	56,4
	Sig.	0,011		0,276		0,119		0,242		0,192		0,792		0,389	
NACIONALIDAD	Española	71	29	73,1	26,9	73,1	26,9	60,2	39,8	54,8	45,2	45,2	54,8	36,6	63,4
	Extranjera	22,7	77,3	9,1	90,9	9,1	90,9	81,8	18,2	81,8	18,2	72,7	27,3	51,9	40,9
	Sig.	0,553		0,077		0,077		0,057		0,020		0,020		0,053	
TIPO DE ZBS	Rural	71,4	28,6	67,9	32,1	64,3	35,7	46,4	53,6	42,9	57,1	39,3	60,7	28,6	71,4
	Urbana	72,4	27,6	79,3	20,7	80,5	19,5	70,1	29,9	65,5	34,5	54	46	44,8	55,2
	Sig.	0,919		0,214		0,079		0,23		0,033		0,175		0,128	
ASISTENCIA TALLERES	Si	84,2	15,8	94,7	5,3	89,5	10,5	89,5	10,5	89,5	10,5	73,7	26,3	68,4	31,6
	No	69,8	30,2	72,9	27,1	74	26	59,4	40,6	54,2	45,8	45,8	54,2	35,4	64,6
	Sig.	0,200		0,40		0,145		0,012		0,004		0,27		0,007	
PUESTA AL PECHO EN LA 1ª HORA	Si	89,2	10,8	87,8	12,2	87,8	12,2	71,6	24,8	67,6	32,4	54,1	45,9	44,6	55,4
	No	41,5	58,5	56,1	43,9	56,1	43,9	51,2	48,8	46,3	53,7	43,9	56,1	34,1	65,9
	Sig.	0,000		0,000		0,000		0,29		0,26		0,297		0,275	

TABLA 3

RELACIÓN DE LAS VARIABLES CON LMC EN DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

		1ª Horas de vida		Al alta hospitalaria		A los 15 días		Al mes		A los 2 meses		A los 4 meses		A los 6 meses	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
ESTUDIOS	Bajo (%)	48	52	46	54	50	50	44	56	38	62	24	76	6	94
	Alto (%)	60	40	66,2	33,8	66,2	33,8	56,9	43,1	55,4	44,6	40	60	4,6	95,4
	Sig.	0,200		0,030		0,081		0,169		0,062		0,071		0,741	

CESÁREA	Si (%)	35,1	64,9	51,4	48,6	45,9	54,1	43,2	56,8	43,2	56,8	27	73	2,7	97,3
	No (%)	64,1	3,9	60,3	39,7	65,4	34,6	55,1	44,9	50	50	35,9	64,1	6,4	93,6
	Sig.	0,004		0,367		0,048		0,234		0,498		0,345		0,404	

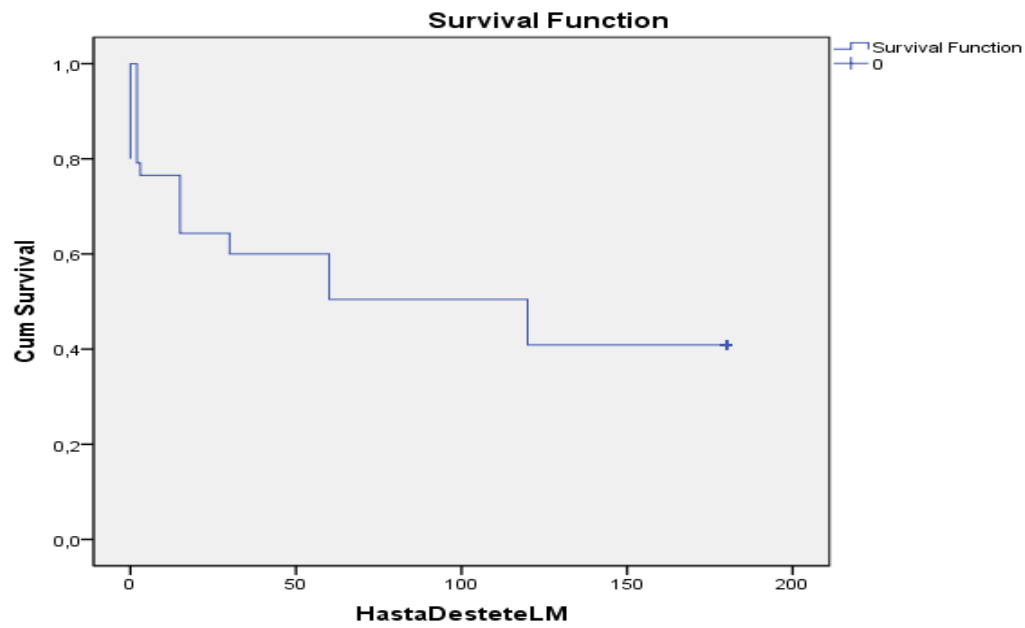
NACIONALIDAD	Española (%)	53,8	46,2	54,8	45,2	59,1	40,9	48,4	51,6	43	57	31,2	68,8	6,5	93,5
	Extranjera (%)	59,1	40,9	68,2	31,8	59,1	40,9	63,6	36,4	68,2	31,8	40,9	59,1	0	100
	Sig.	0,652		0,255		0,997		0,198		0,034		0,383		0,221	

TIPO DE ZBS	Rural (%)	64,3	35,7	50	50	50	50	42,9	57,1	39,3	60,7	25	75	7,1	92,9
	Urbana (%)	51,7	48,3	59,3	40,2	62,1	37,9	54	46	50,6	49,4	35,6	64,4	4,6	95,4
	Sig.	0,245		0,363		0,259		0,304		0,298		0,298		0,598	

ASISTENCIA TALLERES	Si (%)	57,9	42,1	68,4	31,6	78,9	21,9	63,2	36,8	63,2	36,8	42,1	57,9	5,3	94,7
	No (%)	54,2	45,8	55,2	44,8	55,2	44,8	49	51	44,8	55,2	31,3	68,8	5,2	94,8
	Sig.	0,765		0,287		0,054		0,258		0,143		0,358		0,992	

PUESTA AL PECHO EN LA 1ª HORA	Chi-square	27,726		6,610		10,658		7,508		3,226		3,543		,995	
	df	1		1	1	1		1	1		1	1		1	
	Sig.	0,000		0,010		0,001		0,006		0,072		0,600		0,319	

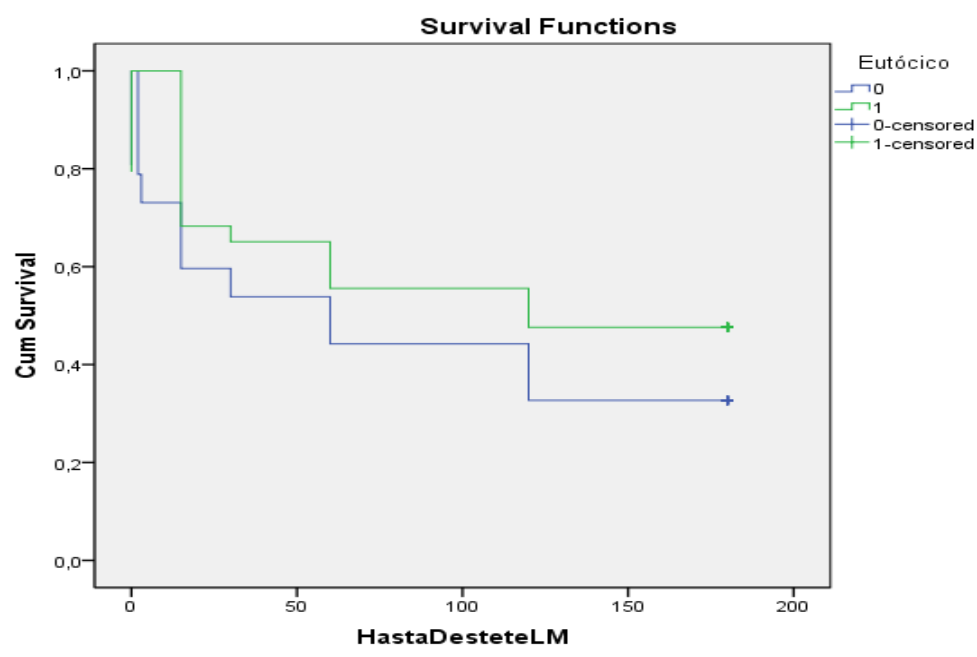
GRÁFICO 2



Means and Medians for Survival Time

Mean				Median			
Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
94,009	7,338	79,626	108,392	120,000	21,566	77,730	162,270

GRÁFICO 3



Mean and Median for Survival Time

Eutócico	Mara				Medan			
	Estimate	Std Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
0	82,423	10,642	61,555	103,282	60,000	20,146	20,514	99,486
1	103,571	9,955	84,064	123,079	120,000	.	.	.
Overall	94,009	7,335	79,625	108,392	120,000	21,556	77,730	162,270

TABLA 4

INFLUENCIA DE VARIABLES		LM		LMC	
		SI	NO	SI	NO
EDAD	<=25	53,3%	33,3%	86,7%	6,7%
	26-30	54,5%	43,2%	93,2%	4,5%
	31-35	58,7%	32,6%	95,7%	0%
	>35	47,4%	42,1%	84,2%	15,8%
NACIONALIDAD	ESPAÑOLA	59,6%	34,3%	89,9%	6,1%
	ESTRANJERA	36%	52%	100%	0%
ZONA BÁSICA	Rural	66,7%	26,7%	90%	6,7%
	Urbana	51,1%	41,5%	92,6%	4,3%
ESTADO CIVIL	Casada/pareja	54,6%	37,8%	91,6%	5%
	Soltera	60%	40%	100%	0%
ACTIVIDAD LABORAL	Ama de casa	63,2%	26,3%	94,7%	5,3%
	Activa	54,8%	38,4%	93,2%	2,7%
	Parada	50%	43,8%	87,5%	9,4%
TIPO DE PARTO	Cesárea	60%	32,5%	92,5%	2,5%
	Eutócico	47,8%	43,5%	89,9%	7,2%
	Instrumentado	73,3%	26,7%	100%	0%

INFLUENCIA DE VARIABLES		LM		LMC	
		SI	NO	SI	NO
EPS PREVIA AL PARTO	Libre	66,7%	27,3%	93,9%	3%
	Especializada	46,6%	43,8%	89%%	6,8%
	Ambas	100%	0%	100%	0%
	No información	64,7%	35,3%	100%	0%
SEXO	♂	56,7%	31,3%	88,1%	7,5%
	♀	52,6%	45,6%	96,5%	1,8%
PECHO 1ª HORA	si	51,3%	41,3%	91,3%	6,3%
	No	61,4%	31,8%	93,2%	2,3%
PARIDAD	Primípara	53%	37,9%	92,4%	3%
	Múltipara	56,9%	37,9%	91,4%	6,9%
NIVEL DE ESTUDIOS	Nivel bajo (sin estudios + primarios)	74%	26%	94%	65
	Nivel alto (secundarios + universitarios)	47,7%	52,3%	95,4%	4,6%

ANEXOS

ANEXO 1: CLASIFICACIÓN DE TIPOS DE LACTANCIA SEGÚN LA OMS (1991).

TIPO DE ALIMENTACIÓN	DEFINICIÓN
Lactancia materna exclusiva	Sólo lactancia materna (incluida la leche extraída) permite vitaminas, minerales o medicamentos
Lactancia materna predominante	Sólo lactancia materna (incluida la leche extraída) como fuente principal de alimento y líquidos no nutritivos (agua, infusiones, zumos), gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). No permite que tome otros alimentos (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.

Destete: Acción de dejar de mamar el niño o las crías de los animales, procurando su nutrición por otros medio. (Definición según el diccionario de la Real Academia Española).

ANEXO 2: MOTIVOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y TIPOS DE VARIABLES.

	MADRE	NINO
MOTIVOS DE INCLUSIÓN	• Edad fértil (al momento de iniciar el estudio) • Residente del área sanitaria de Talavera • Edad gestacional >36 semanas	• Niños sanos a término (>36 semana) • Nacidos en instalaciones hospitalarias del área sanitaria de Talavera • Residentes en el área sanitaria de Talavera
MOTIVOS DE EXCLUSIÓN	• Madres que se trasladen del área durante el estudio • Madre no localizable.	• Prematuro • Bajo peso (< 2.5 kg) • No residentes en el área • Nacidos en clínicas privadas
VARIABLES	• ZBS (área de Talavera de la Reina) • País de procedencia • Nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios) • Edad de 15 a 49 años. • Tipo de parto: eutócico/distócico • Actividad laboral: Ama de casa, en paro, activa (situación laboral: excedencia, baja maternal, activa), en el momento de la captación de la muestra • Número de hijos: anteriores al actual. • Experiencia previa en lactancia materna: Positiva, negativa, ninguna. • Estado civil: soltera, pareja/casada, viuda/divorciada. • Recibió educación maternal: profesional (consulta, preparación al parto, talleres de LM), independiente (libros, Internet, familiares, buscado por la madre), ninguna. • Fecha de abandono del pecho: Dentro del mes en que ocurrió el abandono. • Motivo del abandono: Pregunta realizada al determinar que ha finalizado la lactancia materna (decisión materna, consejo profesional, consejo familiar).	• Sexo: Femenino / masculino • Peso al nacer: En kilos. • Fecha de nacimiento.