

INFORME TECNICO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.

Prof. JM Fraga Bermúdez. (Galicia)

Prof. MC Temboury Molina. (Madrid - Castilla La Mancha)

Dra. M Reymundo García. (Andalucía Occidental)

Dr. V Molina Morales. (Cataluña)

Prof. MJ Lozano de la Torre. (Cantabria y Asturias)

Prof. M García del Río. (Andalucía Oriental)

Dra. A Muñoz Guillén.(Valencia)

Prof. M Pajarón de Ahumada. (Murcia)

Prof. M Díaz Gómez (Canarias)

Dra. E. Gorostiza Garai. (País Vasco y Navarra)

Dra. M del Real.(Castilla León)

Dra. L Barriuso Lapresa. (Baleares)

Dr. J. Martín-Calama. (Aragón)

En Marzo de 1996 la A.E.P. formó un Comité de Lactancia Materna. En estos años, los miembros del Comité han estado detrás de iniciativas de promoción de lactancia en el ámbito nacional, regional y provincial, algunas de las cuales, todavía en marcha, verán la luz en los próximos meses. Una de las primeras actividades fue la realización de un estudio dirigido a conocer la prevalencia real de la lactancia en España con datos a nivel provincial.

Este breve Informe pretende exponer los datos epidemiológicos obtenidos junto a unas consideraciones globales sobre el papel que deben asumir los pediatras para defender la lactancia materna de forma eficaz.

1. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

a) La encuesta del Comité de Lactancia.

Se programó una encuesta transversal de ámbito provincial, que abarcase todas las provincias españolas, y que permitiera establecer comparaciones entre ellas y obtener resultados conjuntos. Por dificultades de distinto signo en cada caso (económicas, organizativas, de cooperación..) sólo se pudieron obtener resultados de 18 provincias.

Se utilizó un formulario breve en el que se solicitaban datos del hijo, de la madre, del parto y del tipo de lactancia. (TABLA I). Se contó con la colaboración de organismos autonómicos de Sanidad (Diputación General de Aragón, Junta de Castilla y León, Servei Valencia de Salut, Insalud), de las Sociedades Regionales de Pediatría y de la AEP. Los formularios se enviaron por correo a todos los centros de asistencia pediátrica conocidos, públicos y privados, con instrucciones para su cumplimentación. La encuesta se dirigía a todos los lactantes menores de un año que acudieran al centro por un control de salud ordinario, durante un periodo de 15 días, el mismo para todos los centros de cada provincia. Los formularios cumplimentados fueron devueltos por correo y posteriormente introducidos en soporte informático y procesados estadísticamente por los mismos operadores.

Se recibieron 12.815 cuestionarios cumplimentados. 1.678 (13.09%) hubieron de ser desechados a causa de errores en la transcripción o falta de datos imprescindibles.

La TABLA II refleja la distribución por provincias de las encuestas. Se ha añadido el número de nacimientos por provincias según el último censo del Instituto Nacional de Estadística. En la FIGURA 1 aparece la distribución por meses de vida de los lactantes encuestados, con los porcentajes referidos al total de la muestra y en la TABLA III las características globales de la muestra.

La duración de la lactancia materna se valoró teniendo en cuenta el tipo de lactancia en el momento de la consulta y la fecha de abandono en los casos en que había finalizado. Se incluyó como lactancia materna todo el tiempo que el niño estuvo recibiendo alguna toma de pecho, aunque hiciera además tomas de leche artificial - lactancia mixta -.

La duración media de la lactancia materna (exclusiva + mixta), fue de 3,20 meses (Intervalo de confianza 95 %: 3,13-3,27; Kaplan-Meier realizado sobre los encuestados de 4 o más meses de edad –menos del 30 % de censuras-, n = 5.717). La mediana fue de 3,0 meses (IC 95 %: 2,93-3,07). El 55% de las madres superaron los tres meses dando alguna toma de pecho. La evolución de la lactancia materna mes a mes, queda reflejada en la TABLA IV.

Se analizó la influencia de cada una de las variables incluidas en la encuesta sobre la frecuencia de la lactancia materna por meses. No hubo diferencias significativas cuando se valoró la

paridad materna, el sexo del recién nacido o el trabajo de la madre. Por el contrario, la lactancia fue significativamente más corta en los casos de: edad gestacional menor de 37 semanas (FIGURA 2), parto mediante cesárea (no otras formas de parto instrumental) (FIGURA 3), peso de nacimiento menor de 2.500 gr.(FIGURA 4), nivel de estudios bajo (FIGURA 5), y edad de la madre menor de 25 años (FIGURA 6).

Se valoraron las diferencias en la prevalencia de lactancia mes a mes para cada una de las variables. Se comprobó que todos los factores que afectan negativamente la duración de la lactancia lo hacen desde las primeras semanas de vida, y su efecto se prolonga hasta el 4º-5º mes, excepto la edad materna inferior a 25 años cuyo efecto negativo es mayor a medida que progresla la lactancia y no desaparece hasta el 8º mes (TABLA V)

Llamaron la atención dos hallazgos. 1) Sexo: Varones y mujeres inician la lactancia en la misma proporción, pero en los meses siguientes se producen más abandonos de la lactancia por parte de los varones, que equilibran de nuevo las diferencias a partir del tercer mes de vida.(TABLA VI) Las madres primíparas inician la lactancia en un porcentaje ligeramente superior a las que tienen hijos previos, pero las diferencias desaparecen en el primer mes de vida (TABLA VII).

Se objetivaron importantes diferencias entre las provincias incluidas en el estudio. La FIGURA 7, muestra los porcentajes de lactancia al mes, tres y seis meses, y la TABLA VIII el tiempo medio de lactancia materna para cada provincia.

b. El consumo de leche artificial en España.

Otra forma de valorar la lactancia materna es analizar los datos de ventas de leche para lactantes, relacionándolos con la evolución de la natalidad.

En los últimos 8 años, las ventas globales de leche, I+II, aumentan de forma progresiva hasta 1995, sobre todo por un aumento en el consumo de las fórmulas de continuación. A partir de aquí hay un descenso moderado, fundamentalmente a expensas de la leche de inicio. (FIGURA 7) Relacionando la leche consumida con los nacimientos de cada año se comprueba un ligero aumento en la leche I consumida por cada niño hasta 1992, y un descenso marcado a partir de entonces hasta el último año. En cuanto a la leche II el aumento es muy importante hasta 1995, estabilizándose e incluso descendiendo ligeramente a partir de entonces FIGURA 8).

El aumento en el consumo de leche II, se debe con seguridad al retraso en la introducción de la leche de vaca; y su disminución en los últimos años puede relacionarse con el aumento en el consumo de las “leches de crecimiento” y en menor grado con el aumento de la lactancia materna. Por el contrario, parece lógico suponer que todo el descenso en el consumo de leche I se debe al aumento en la lactancia materna, ya que es poco probable que el consumo de leche de vaca o de fórmula II en lugar de la I tengan una participación importante.

También se dispone de los datos de consumo a nivel provincial, que evidencian diferencias importantes. Una publicación anterior¹ no encontró relación entre el consumo de leche adaptada a nivel provincial y el porcentaje de universitarios, grado de desarrollo del trabajo, ingresos anuales por persona y grado de feminización laboral.

c. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995 y 1997.

La Encuesta Nacional de Salud –se lleva a cabo cada 2 años- introdujo en el año 1995 como materia dentro de los bloques de información, la lactancia materna.

La pregunta que se utiliza es *¿Qué tipo de lactancia tuvo su hijo/a durante las primeras 6 semanas: natural, mixta o artificial? ¿Y hasta los 3 meses? ¿Y hasta los 6 meses?*

La pregunta está introducida en el cuestionario infantil, la responde el responsable de los cuidados del niño (padre, madre o tutor) y sólo se formula si el niño tiene entre 6 meses y 4 años. Se ha preguntado en dos años, 1995 y 1997, en ambos casos con la misma metodología (TABLA X). En cada año cumplieron las condiciones de la pregunta 400 casos. Los resultados figuran en la TABLA XI.²

A pesar de la imprecisión que se puede achacar a la metodología, los datos de la Encuesta Nacional de Salud, también confirman una recuperación de la lactancia en España, en los últimos años.

II. LOS ERRORES DEL PASADO.

Es indudable que los pediatras siempre hemos buscado la mejor atención para las madres y sus hijos. El fruto de estas mejoras son los dramáticos descensos en la morbilidad y mortalidad infantil, y sobre todo neonatal, conseguidos en las últimas décadas. Sin embargo, también es cierto que a veces hemos decidido qué era lo mejor para ellos sin consultarles, y de forma sorprendente, al tiempo que se conseguían los mejores índices de supervivencia, se alcanzaban las cotas más bajas de amamantamiento.

A nivel teórico, todas las publicaciones pediátricas españolas, recientes y antiguas, han defendido la supremacía de la leche humana y del amamantamiento como forma de alimentar a los lactantes. Sin embargo, la aplicación de rutinas de asistencia hospitalaria equivocadas -separación madre/hijo, inicio tardío, horarios rígidos, suplementos sistemáticos...-, el desconocimiento de la técnica, y la falta de experiencia contribuyeron a que, la lactancia artificial fuera la única alternativa que los profesionales sabíamos ofrecer a las madres con dificultades para iniciar el amamantamiento, o a niños con patrones de crecimiento irregulares.

En el extremo opuesto, la promoción de la lactancia manejada con radicalismo provocó complicaciones en casos esporádicos.

Las iniciativas de la administración tampoco tuvieron un respaldo claro desde los pediatras. Tras conocer el efecto de la publicidad y de las campañas de promoción de los productos artificiales sobre la lactancia materna, se dictaron primero recomendaciones y después decretos oficiales para regular la elaboración, distribución, etiquetado, publicidad e información de las leches para lactantes y leches de continuación³. Parte de esta normativa, incidía en la actividad de los profesionales, en concreto se prohibía la distribución gratuita o a bajo precio de muestras de leche para lactantes directamente a las madres o indirectamente a través de los profesionales. Sin embargo una parte importante de los pediatras continuaron –y continúan- regalando muestras de fórmula entre las madres que atendían, tanto en centros públicos como privados.

A pesar de la insistencia con que se ha recomendado modificar los protocolos de asistencia hospitalaria^{4 5} cumplir la normativa vigente en cuanto a comercialización de leches artificiales⁶ y ser firmes en cuanto a informar a las madres de los beneficios de la lactancia, siguen siendo frecuentes la distribución de leche desde consultas pediátricas, la administración de biberones con poca justificación, la separación madres/hijo, la interrupción de la lactancia por consumo de medicamentos que no la contraíndican, o la tibiaza para asegurar que la lactancia es beneficiosa para el niño y para la madre.

III. RECOMENDACIONES PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA.

Es un hecho que la lactancia materna está remontando en nuestro país, la valoración de las encuestas de prevalencia y el consumo de leche artificial así lo demuestran. Esto nos obliga como pediatras a revisar nuestros protocolos asistenciales y nuestros conocimientos en torno a la lactancia.

La lactancia requiere un aprendizaje. Muchas madres descubren tras el parto que no saben como han de dar el pecho y afrontan con intranquilidad los problemas iniciales. Las dificultades en el acoplamiento del niño, el retraso en la “subida de leche”, el dolor de la ingurgitación mamaria o los trastornos de la succión, se superan fácilmente si la madre los conoce previamente, pero provocan el abandono de las que no están preparadas. Más de la mitad de las madres son primíparas, por tanto inexpertas. Es importante tratar con las madres el tema de la lactancia durante el embarazo, programando un momento para que las madres puedan tener un conocimiento real de la lactancia antes del parto. Los videos o las reuniones con madres de parto reciente, pueden ser una alternativa eficaz para realizar este aprendizaje.

El 99% de los partos ocurren en un hospital. La importancia de las rutinas de asistencia no admite dudas (inicio precoz de la lactancia, contacto continuado, lactancia a demanda). La separación madre/hijo por problemas menores o la administración de biberones con justificaciones dudosas afectan seriamente el inicio de la lactancia y comprometen el éxito a largo plazo.

Las madres que dan el pecho exigen más paciencia y dedicación que las que optan por biberón. El personal de las plantas de maternidad también necesita ser adiestrado para ofrecer ayuda e información a las madres sin caer en contradicciones. Los biberones médicaicamente indicados, administrados a hijos de madres bien informadas e interesadas en lactar, interfieren poco con la lactancia, siempre que se mantenga el estímulo sobre las mamas y el contacto madre/hijo.

Un caso especial son las cesáreas. Los resultados de las estadísticas reflejan que el parto mediante cesárea se asocia a mayor índice de fracasos en la lactancia. En esta asociación juegan un papel importante la separación de la madre del hijo y la administración de biberones en las primeras horas, que se justifican por la necesidad de vigilar a un niño procedente de un parto de riesgo, o a la espera para que la madre elimine la medicación administrada durante la cesárea. Sin embargo en un porcentaje alto de casos los recién nacidos mediante cesárea no precisan cuidados especiales. Y por otro lado, si se diera la posibilidad de elegir a las madres, también en muchos casos preferirían afrontar las molestias que genera el inicio precoz de la lactancia, a mantener la separación de sus hijos durante varias horas con lactancia artificial.

La hospitalización del recién nacido afecta la duración de la lactancia. Cuando se trata de patologías menores, hiperbilirrubinemia, riesgo infeccioso no confirmado, bajo peso cercano a la normalidad, observaciones transitorias,... se deberían dar indicaciones precisas a la madre para mantener y estimular la producción de leche procurando reiniciar la lactancia en cuanto las condiciones del niño y de la madre lo permitan. Una publicación reciente de nuestro propio país refiere las ventajas que se pueden derivar para recién nacidos prematuros, del contacto precoz madre-hijo a través del método canguro⁷.

Otro factor “médico” que afecta negativamente a la lactancia es la recomendación de interrumpirla ante patologías leves o tratamientos de la madre. Los medicamentos más frecuentemente utilizados son en su mayoría compatibles con la lactancia. Hay publicaciones con datos sobre la eliminación de fármacos a través de la leche y las dosis seguras para el niño, que deben ser consultados en caso de duda, antes de recomendar a la madre la interrupción⁸.

Son contraindicaciones absolutas por parte de la madre, la quimioterapia oncológica, el SIDA, el alcoholismo cuando la madre se niega a reducir la ingesta de alcohol y la adicción a drogas ilegales.

Por parte del recién nacido la lactancia está contraindicada en el caso de galactosemia, y de forma relativa o temporal el herpes simple en la boca del niño, la fenilcetonuria y la enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce –en estas últimas se permiten la lactancia como complemento a fórmulas especiales con monitorización adecuada de los niveles de aminoácidos plasmáticos -.

En algunas situaciones hay que tener una vigilancia especial^{9,10}

Lesión de Herpes simple en la mama: No se debe amamantar con la mama afectada pero se puede lactar con la otra. *Tuberculosis activa:* La madre no debe amamantar mientras tenga baciloskopias positivas, pero sí podría utilizar su leche para lactar. *Brucelosis materna activa*¹¹. *Varicela:* esta contraindicado amamantar si la madre se hace sintomática en el periodo comprendido entre los 6 días antes del parto y los 2 días después. Se puede restablecer la lactancia cuando la madre deja de ser infectante. La leche no transmite la infección. *Citomegalovirus:* la infección de la madre no es contraindicación al amamantamiento, excepto en prematuros muy inmaduros. *Hepatitis B:* Se puede lactar sin que aumente el riesgo de transmisión vertical si el recién nacido recibe profilaxis con gammaglobulina y vacuna específica. *Hepatitis C:* Hasta el momento no se ha documentado la transmisión a través de la lactancia aunque teóricamente fuera posible. Si la madre tiene interés en lactar y la carga vírica no es muy elevada puede lactar con mínimo riesgo. *Psicosis, depresión....:* Valorar en cada caso las ventajas e inconvenientes que puede reportar a la madre y a su hijo. *Mastitis:* La lactancia favorece la resolución del problema. No hay ningún riesgo para el lactante. *Absceso mamario:* Impide lactar si es drenado cerca de la areola.

En algunos círculos se mantiene la opinión de que la promoción de la lactancia materna por parte de los profesionales puede representar una coacción a la libertad de decisión de las madres, y que puede provocarles alteraciones emocionales si no son capaces de conseguir lactar con éxito. Dando por sentado que ninguna madre ha de ser forzada a iniciar la lactancia si ella misma no lo decide voluntariamente, los profesionales no podemos dejar dudas en cuanto nuestro convencimiento de las ventajas de la lactancia tanto para la madre como para el hijo.

TABLAS Y FIGURAS.

Tabla I

Preguntas de la encuesta.

Fecha de nacimiento.
 Sexo.
 Hospital de nacimiento.
 Tipo de parto.
 Peso nacimiento.
 Edad gestacional.
 Patología neonatal.
 Edad de la madre.
 Hijos previos.
 Trabajo materno.
 Baja maternal.
 Nivel de estudios.
 Lactancia en el momento de la encuesta.
 Si había abandonado el pecho:
 Fecha del abandono.
 Motivo del abandono.

Tabla II

Distribución por provincias.

Provincia	n	Nacimientos
Alicante	1897	12.843
Asturias	849	6.599
Avila	158	1.295
Burgos	169	2.395
Cantabria	674	3.756
Castellón	816	4.197
Huesca	292	1.492
Leon	593	3.273
Madrid	335	46.201
Murcia	70	12.495
Palencia	202	1.260
Salamanca	270	2.698
Segovia	161	1.194
Teruel	76	988
Valencia	2429	19.398
Valladolid	457	3.731
Zamora	246	1.320
Zaragoza	792	6.821

n: Número de niños incluidos en el estudio

nacimientos.: Número de nacimientos anuales
(Censo INE).

TABLA III
Características de la muestra.

VARIABLE	GRUPO	n	%
PESO DE NACIMIENTO	<2,5	562	5,4
	2,5-3	2611	24,9
	3-3,5	4720	45
	3,5-4	2023	19,3
	>4	389	3,7
	n.c.	184	1,8
EDAD GESTACIONAL	<37	602	5,9
	37-42	9420	89,8
	>42	190	1,8
	nc	277	2,6
SEXO	Varón	5118	48,8
	Mujer	4824	46
	nc	547	5,2
TIPO DE PARTO	Eutócico	7274	69,3
	Cesárea	1840	17,5
	Forceps	302	6,7
	Ventosa	705	2,9
	n.c.	368	3,4
HIJOS PREVIOS	Sí	4859	46,3
	No	5204	49,6
	n.c.	426	4,1
EDAD MATERNA	<25	1703	16,2
	26-30	4080	38,9
	31-35	3365	32,1
	>35	1106	10,5
	n.c.	235	2,2
TRABAJO FUERA DE CASA	SI	3937	37,5
	NO	6552	62,5
BAJA MATERNAL	Ninguna	4779	45,6
	Más de tres meses	1272	12,1
	n.c.	1822	17,4
NIVEL DE ESTUDIOS	Medios	3378	32,2
	Primarios	5161	49,2
	Superiores	1510	14,4
	n.c.		

TABLA IV
Frecuencia de lactancia materna (exclusiva o suplementada) y de
lactancia artificial (exclusiva).

EDAD	%L.Materna	%L.Artificial	n
0	84,2	15,8	10.487
1	77,6	22,4	9.244
2	65,8	34,2	7.989
3	54,9	45,1	6.953
4	42,1	57,9	5.743
5	33,2	66,8	5.064
6	24,8	75,2	3.950
7	19,1	80,9	3.339
8	15,1	84,9	2.270
9	11,6	88,4	1.838
10	10,7	89,3	1.063
11	9,9	90,1	606
12	7,2	92,8	276

TABLA V
Comparación según la edad de la madre. (Chi cuadrado).

Edad	n	Porcentaje de niños amamantados.				p
		<=25años	26-30 años	31-35 años	>35 años	
0	8.649	83,2	85,1	85,0	81,6	0,011
1	7.027	74,3	78,9	78,3	77,0	0,002
2	5.151	59,4	66,5	68,1	67,8	0,0000
3	3.733	48,1	55,8	57,2	56,0	0,00001
4	2.368	35,1	43,9	43,5	43,9	0,00004
5	1.643	25,7	35,4	33,9	35,2	0,00001
6	957	18,6	26,2	25,7	27,2	0,001
7	625	15,0	19,6	19,3	23,6	0,01

TABLA VI
Comparación por sexos del porcentaje de lactancia materna. (Chi cuadrado).

Edad	n	Porcentaje de niños con lactancia materna		p
		Varones	Mujeres	
0	8.385	83,9	84,9	ns
1	6.803	76,7	78,6	0,029
2	4.993	64,6	67,2	0,018
3	3.622	54,0	55,9	ns
4	2.299	42,6	41,8	ns

TABLA VII
Comparación según tenga o no hijos previos. (Chi cuadrado).

Edad	n	Porcentaje de niños lactados		p
		Primíparas	Con hijos previos	
0	8.475	85,4	83,0	0,001
1	6.890	78,1	77,1	ns
2	5.071	66,3	65,6	ns
3	3.680	55,4	54,5	ns
4	2.339	42,7	41,8	ns

TABLA VIII
Tiempo medio de lactancia materna (exclusiva y mixta) en meses, por provincias. (Análisis de supervivencia por el método de Kaplan-Meier).

Provincia	media (IC 95 %)	mediana (IC 95 %)
Valencia	3,63 (3,47-3,78)	3,0 (2,73-3,27)
Castellón	3,47 (3,22-3,72)	3,0 (2,56-3,44)
Alicante	3,29 (3,13-3,46)	3,0 (2,74-3,26)
Murcia	2,82 (1,96-3,67)	2,0 (1,17-2,83)
León	2,89 (2,62-3,16)	2,0 (1,55-2,45)
Zamora	3,05 (2,67-3,44)	3,0 (2,36-3,64)
Salamanca	3,16 (2,76-3,55)	3,0 (2,40-3,60)
Valladolid	3,08 (2,80-3,37)	3,0 (2,60-3,40)
Palencia	3,00 (2,57-3,42)	3,0 (2,50-3,50)
Burgos	3,55 (3,04-4,06)	3,0 (2,14-3,86)
Segovia	3,00 (2,50-3,50)	3,0 (1,94-4,06)
Ávila	3,67 (3,16-4,17)	3,0 (2,55-3,45)
Asturias	2,18 (1,99-2,37)	2,0 (1,79-2,21)
Cantabria	2,37 (2,14-2,61)	2,0 (1,63-2,37)
Zaragoza	3,42 (3,16-3,69)	3,0 (2,36-3,37)
Huesca	3,25 (2,91-3,59)	3,0 (2,88-3,12)
Teruel	4,52 (3,46-5,59)	4,0 (2,47-5,53)
Madrid	3,21 (2,80-3,60)	3,0 (2,39-3,61)
Total	3,20 (3,13-3,27)	3,0 (2,93-3,07)

TABLA IX.
Consumo de leche adaptada por provincias.

Provincia	Leche I /96*	Leche II/96*	Nacim/96.	I /niño**	LecheI/97*	LecheII/97*
Orense	352,897	399,614	1,963	180	289,375	348,581
Avila	186,107	192,675	1,206	154	152,972	176,052
Asturias	1,001,535	969,238	6,547	153	922,055	898,817
Lugo	293,218	353,303	1,963	149	234,014	277,867
Huelva	637,288	615,940	4,489	142	586,762	561,695
Coruña, La	1,032,083	1,172,073	7,386	140	959,392	1,069,157
Toledo	651,165	697,450	4,690	139	599,466	638,231
Pontevedra	984,071	1,069,942	7,134	138	881,836	996,208
Santa Cruz	1,025,385	927,903	7,571	135	979,437	929,078
Castellón	555,059	813,776	4,143	134	481,215	725,535
Palmas, Las	1,205,642	892,647	9,074	133	1,233,118	873,031
Leon	426,180	512,845	3,217	132	424,729	476,083
Zamora	169,055	230,665	1,290	131	158,682	222,547
Caceres	471,994	484,657	3,603	131	434,463	469,714
Baleares	998,545	1,143,055	7,675	130	1,012,403	1,152,555
Alicante	1,662,949	2,147,683	12,838	130	1,498,181	1,884,927
Segovia	155,689	241,505	1,206	129	136,861	228,296
Valencia	2,476,518	2,990,520	19,340	128	2,315,942	2,793,754
Almería	699,788	905,819	5,564	126	683,616	851,915
Cuenca	202,701	291,231	1,613	126	183,403	261,555
Guadalajara	166,057	166,565	1,323	126	155,974	158,012
Gerona	608,574	849,881	4,880	125	573,646	833,359
Tarragona	626,049	822,108	5,083	123	586,718	756,065
Lerida	361,140	460,974	2,944	123	323,513	441,612
Ciudad Real	582,758	612,560	4,776	122	508,574	565,439
Cantabria	462,230	603,419	3,857	120	388,198	544,949
Teruel	114,316	141,387	963	119	103,776	138,560
Córdoba	963,047	1,213,546	8,135	118	883,728	1,090,334
Murcia	1,484,743	1,708,307	12,600	118	1,386,567	1,523,184
Málaga	1,475,739	2,143,170	12,626	117	1,282,146	1,892,930
Jaén	813,137	967,261	7,023	116	750,750	876,423
Badajoz	774,805	779,150	6,698	116	707,659	705,208
Sevilla	1,978,191	2,470,216	17,970	110	1,924,723	2,287,425
Madrid	5,209,884	5,850,009	47,449	110	4,954,672	5,437,918
Rioja, La	219,938	311,071	2,017	109	188,520	287,490
Valladolid	402,682	563,088	3,701	109	366,691	549,316
Huesca	167,568	252,057	1,549	108	158,068	224,249
Barcelona	4,466,914	5,963,326	41,420	108	4,223,287	5,591,660
Palencia	138,278	227,916	1,291	107	113,198	184,645
Zaragoza	714,706	831,135	6,755	106	626,915	753,169
Soria	66,254	102,316	634	105	64,921	96,438
Guipúzcoa	579,779	854,256	5,597	104	518,209	784,247
Salamanca	261,462	434,318	2,541	103	250,850	420,548
Granada	919,480	1,082,326	9,004	102	860,363	970,649
Albacete	378,521	497,207	3,711	102	332,506	417,227
Cádiz	1,231,340	1,571,297	12,111	102	1,173,744	1,472,107
Burgos	240,219	390,230	2,510	96	222,181	332,540
Vizcaya	771,936	1,236,677	8,210	94	711,018	1,138,250
Navarra	424,532	863,849	4,797	88	402,959	771,610
Alava	180,287	345,369	2,253	80	154,767	302,887

* Expresado en toneladas

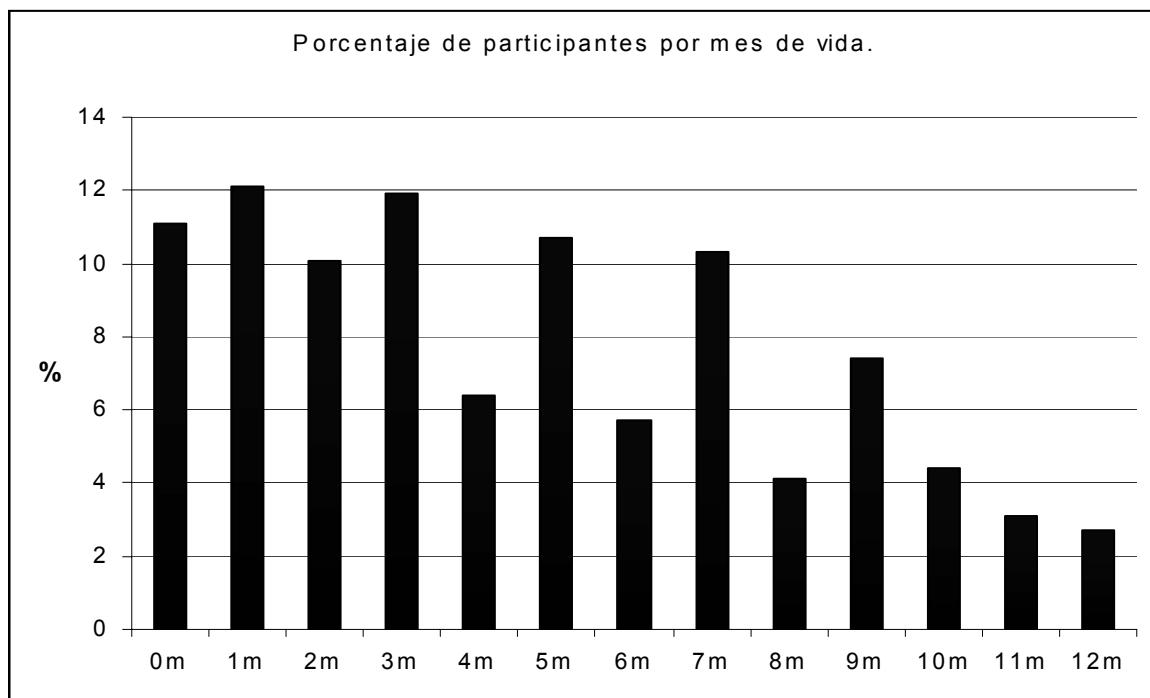
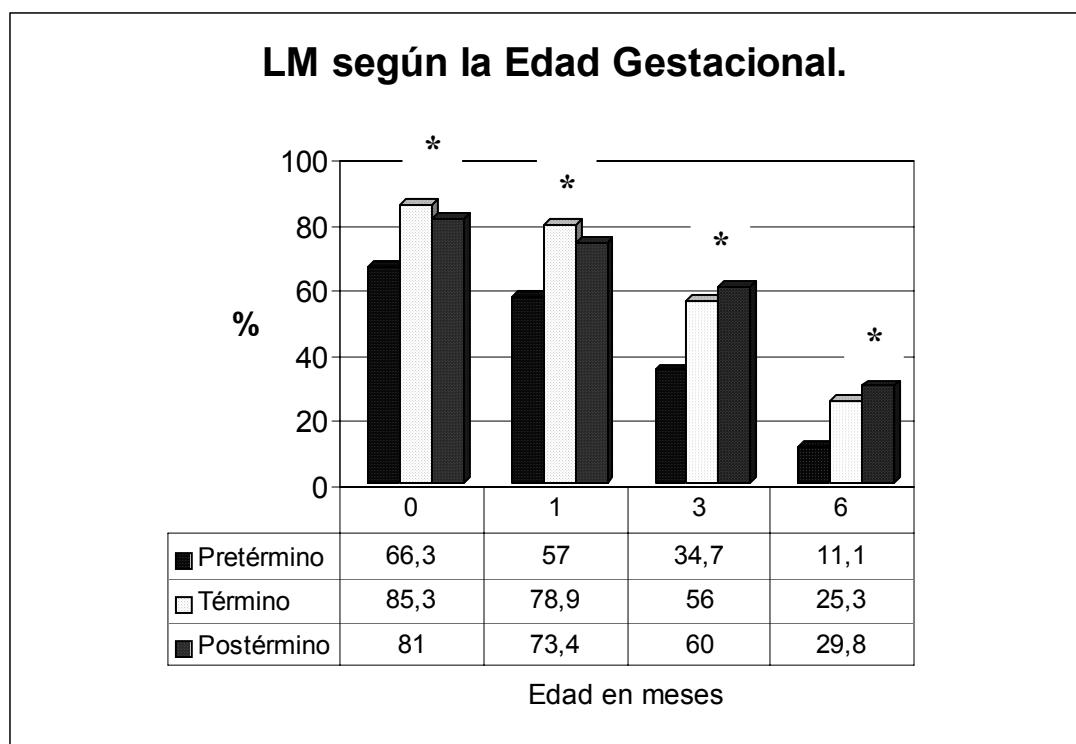
** Expresado en Kg de leche I /niño.

TABLA X.
Características técnicas de la Encuesta Nacional de Salud.

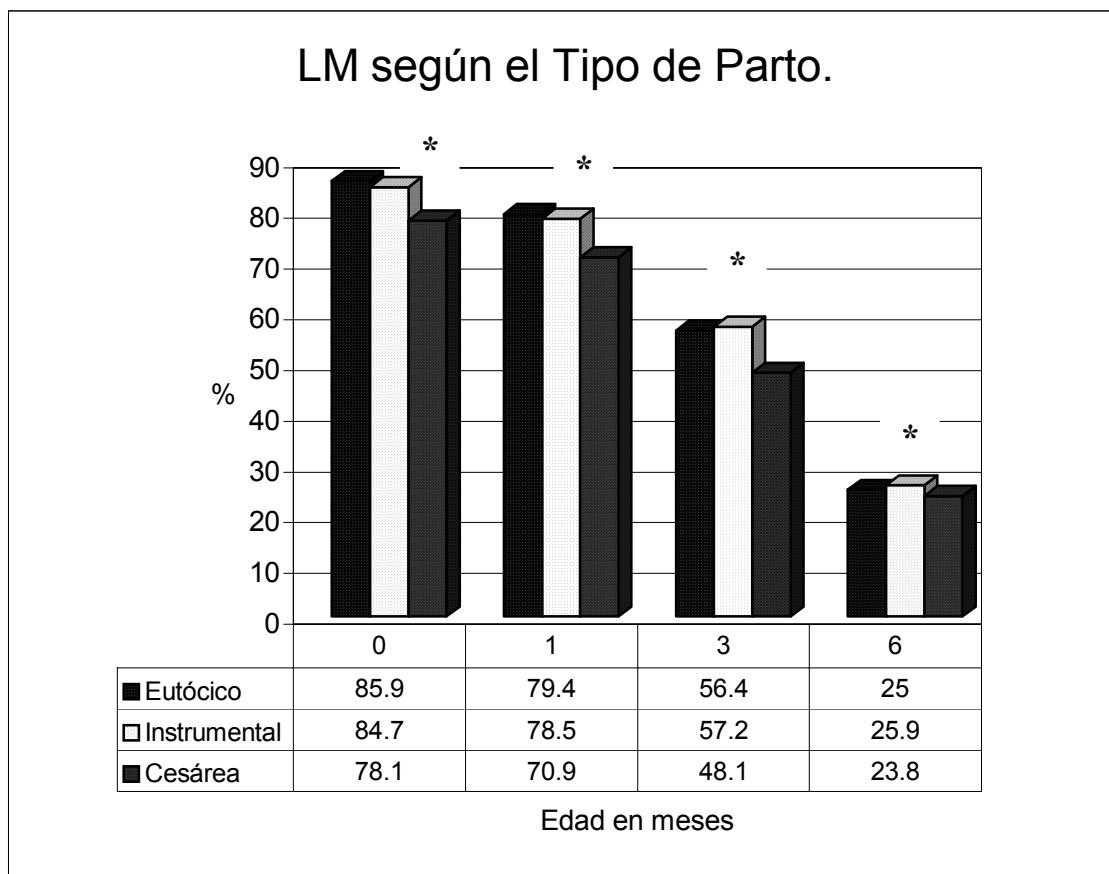
Año de realización	Muestra	Procedimiento del muestreo	Fecha de realización del trabajo de campo.	Representatividad
1995 y 1997	2.000 niños 6.400 adultos	Polietápico, estratificado, proporcional, selección de individuos por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.	Oleadas: cuatro submuestras, una trimestral. Todo el año excepto julio y agosto.	Nacional

TABLA XI
Resultados de la Encuesta Nacional de Salud para la Lactancia Materna (400 casos).

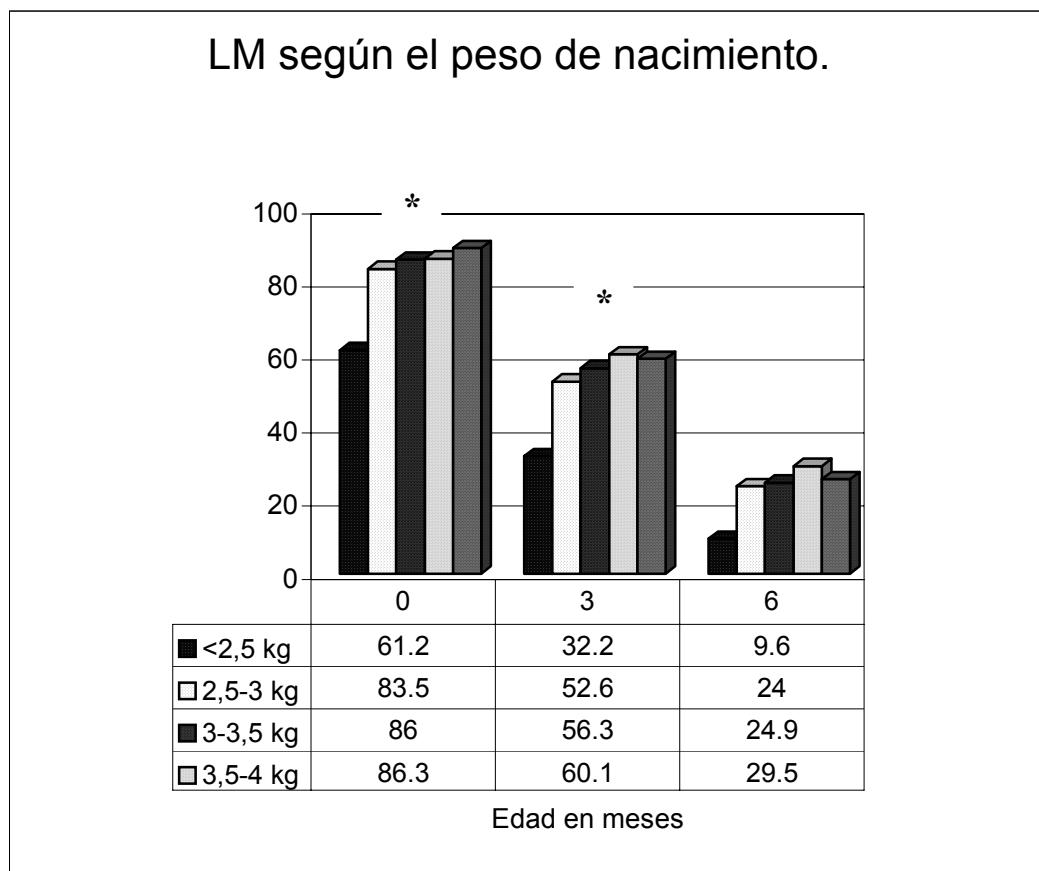
Tipo de lactancia	1995 - %	1997 - %
6 semanas		
Natural	60,5	65,5
Mixta	10,4	10,4
Artificial	28,0	23,6
N.C.	1,1	0,5
3 meses		
Natural	37,4	43,8
Mixta	16,8	14,3
Artificial	44,7	41,0
N.C.	1,1	0,9
6 meses		
Natural	15,1	21,2
Mixta	17,5	13,8
Artificial	65,6	64,1
N.C.	1,8	0,9

FIGURA 1.**FIGURA 2**

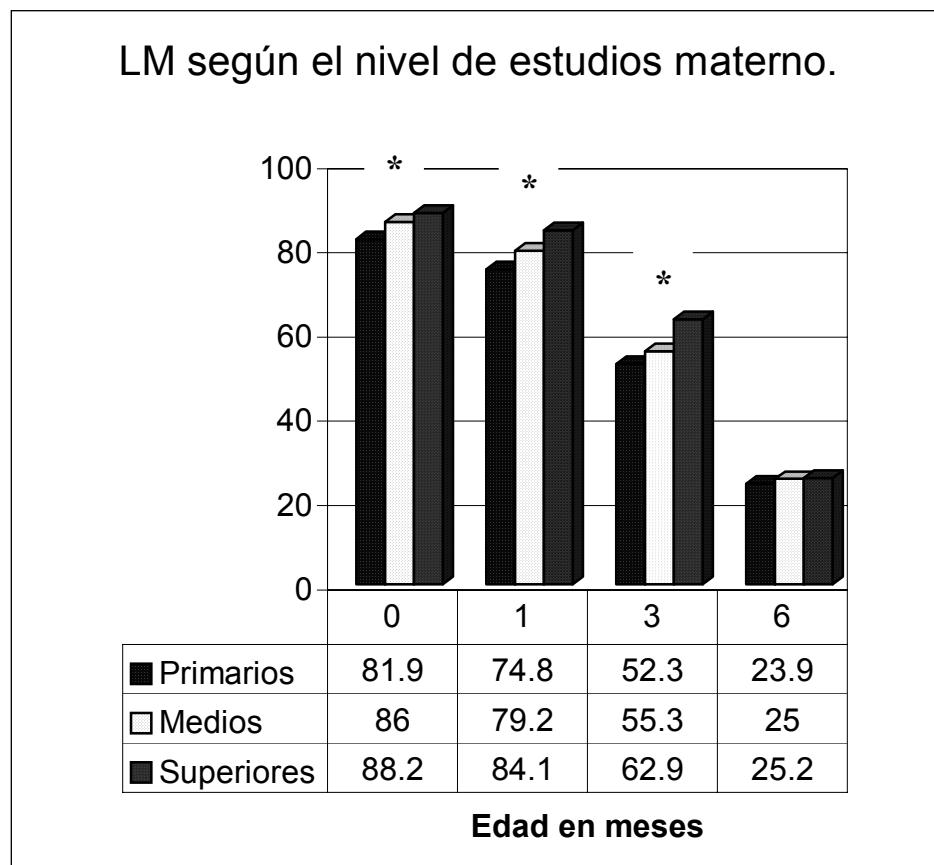
* $P = 0.0001$

FIGURA 3

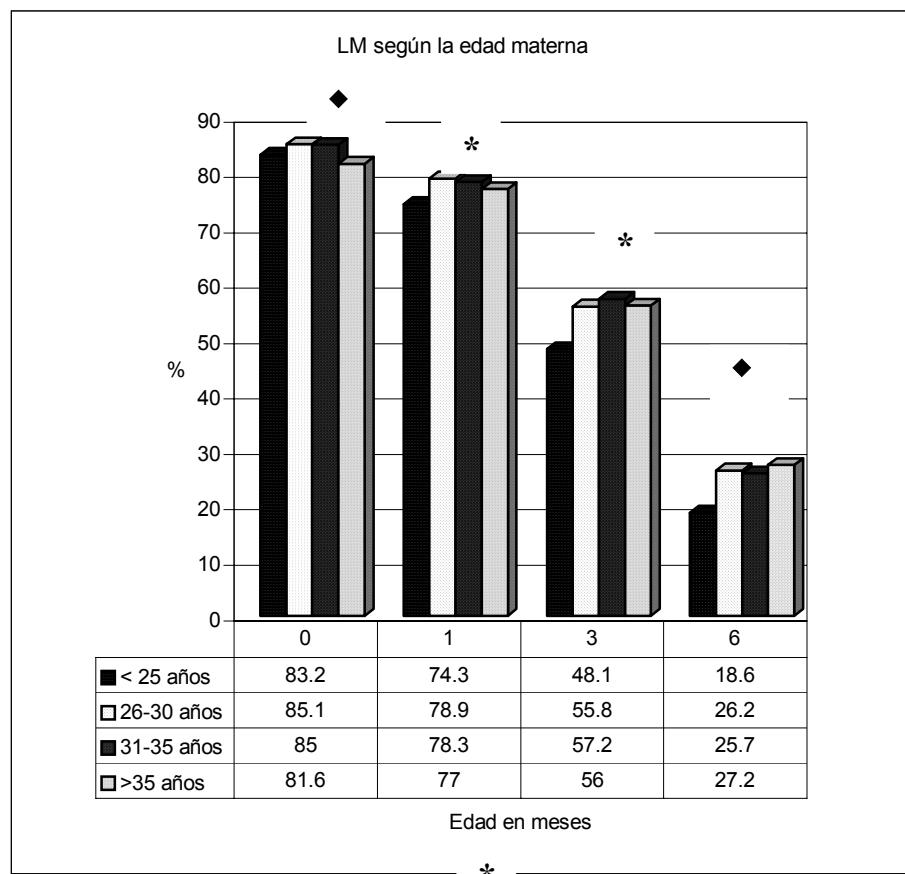
* P= 0.00001

FIGURA 4

* P= 0.00001

FIGURA 5

* $P = 0.00001$

FIGURA 6

* $P=0.00001$

♦ $P=0.001$

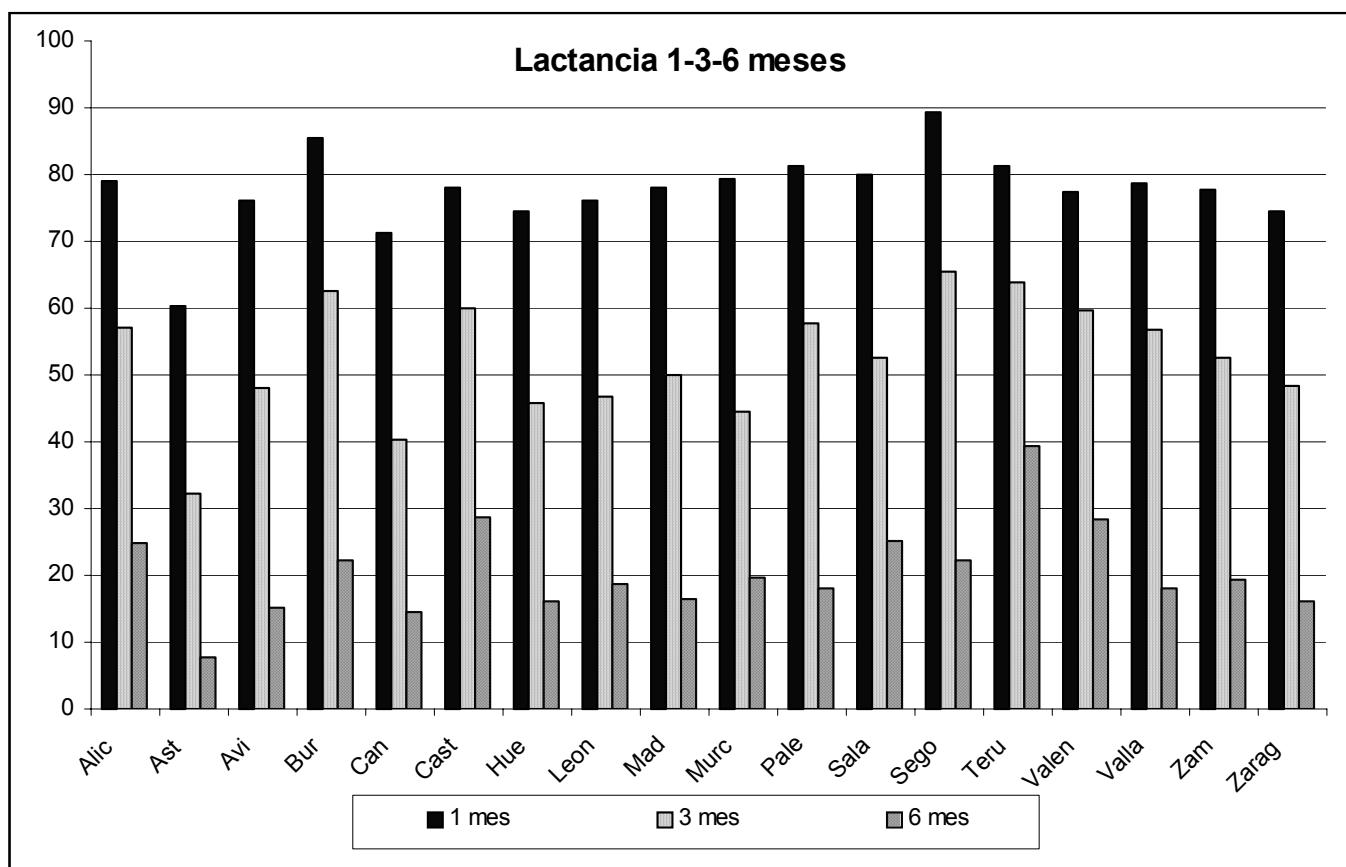
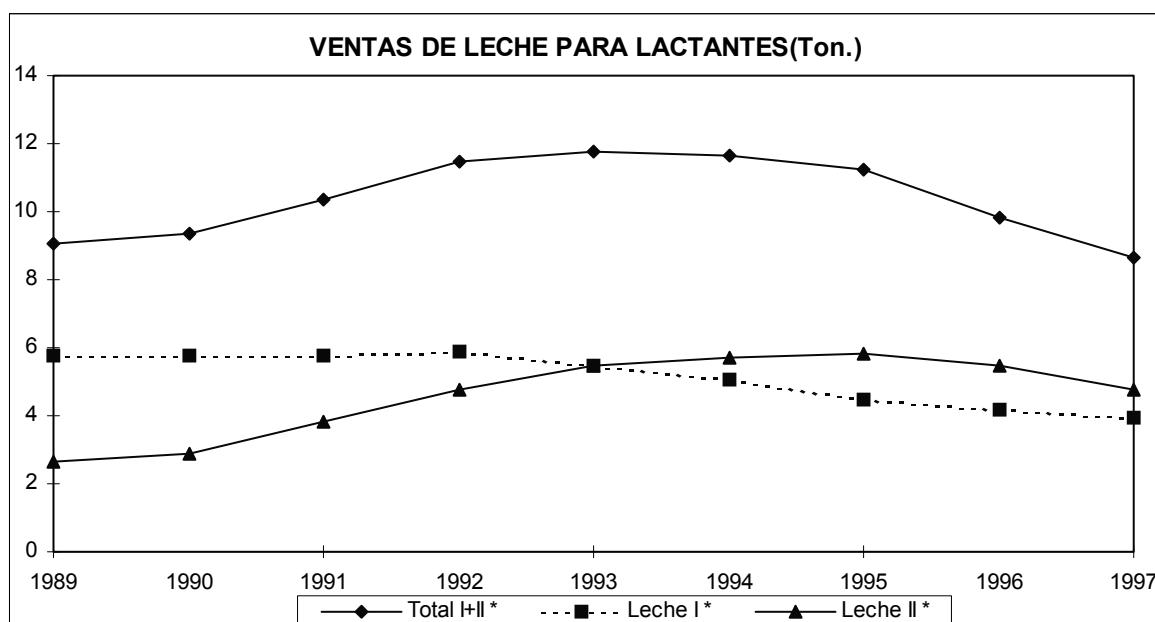
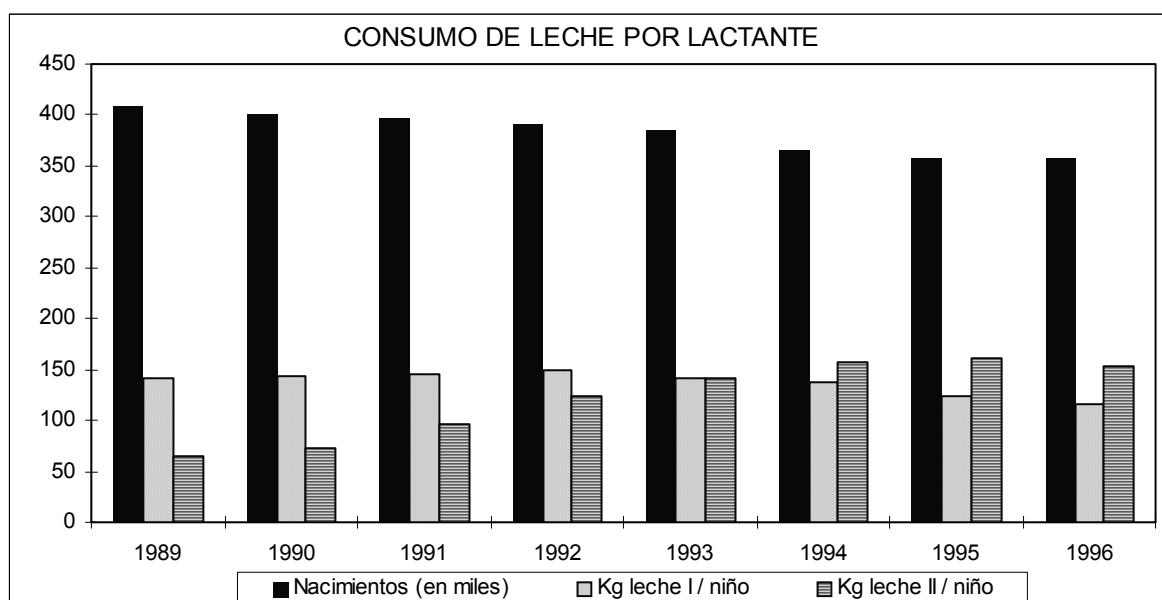
FIGURA 7.

Figura 7**FIGURA 8**

¹ COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA: Lactancia Materna en España hoy. Bol Pediatr 1997; 37: 132-142.

² ENCUESTA NACIONAL DE SALUD. Dirección General de Salud Pública. Datos provisionales. 1999.

³ REAL DECRETO 1408/1992 de 20 de Noviembre (BOE: 13 de Enero de 1993)
REAL DECRETO 46/1996 de 19 de Enero (BOE: 20 de Febrero de 1996).

⁴ MARTIN-CALAMA J, BARGUÑO JM, SANCHEZ VILLARES E: Lactancia materna. Diez preguntas de actualidad. An Esp Pediatr 1985; 22: 149-155.

⁵ TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A: Importancia de las rutinas de la maternidad en el éxito de la lactancia materna. An Esp Pediatr 1992; 36: 367-370.

⁶ MARTIN CALAMA J, LOZANO MJ, LASARTE J, VALERO MT: La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. ACTUALIDAD NUTRICIONAL “El pediatra y la promoción de la lactancia materna”. 1995; 21: 4-10.

⁷ CLOSA R, MORALEJO J, RAVÉS MM, MARTÍNEZ MJ, GOMEZ PAPI A: Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. An Esp Pediatr 1998; 49: 495-498.

⁸ American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 1994; 93: 137-149.

⁹ VALDES V, PEREZ A, LABBOK M. Lactancia para la madre y el niño. Santiago de Chile: Mediterráneo 1994: 99-103.

¹⁰ LAWRENCE RA. Breastfeeding: A guide for the Medical Profession. 4^a ed St. Louis: Mosby-Year Book, Inc; 1994.

¹¹ BARROSO D, ARROYO I, LÓPEZ MJ, LOZANO JA, LOPEZ A: Transmisión de brucelosis por lactancia materna. Presentación de dos casos. An Esp Pediatr 1998; 48: 60-62.