

Situación actual de la lactancia materna en una zona de salud urbana y factores que la condicionan

Current situation of breastfeeding in an urban primary care health center and factors that determine it

Autores: Almudena González Huéscar (1), Cristina Martínez Roa (1), Isabel Lorido Cano (2), Ana Cubero Santos (3), María Ángeles Maynar Mariño (4), Carmen María Gil Martínez (4).

Dirección de contacto: almu.agh@gmail.com

Fecha recepción: 28/06/2017

Aceptado para su publicación: 02/03/2018

Fecha de la versión definitiva: 22/03/2018

Resumen

Introducción. A pesar de los beneficios ampliamente conocidos, un hecho observado en la consulta del niño sano es que muchos de ellos no iniciaban la lactancia materna o no la mantenían el tiempo recomendado. **Objetivo.** Describir la situación de la lactancia materna en nuestra Zona Básica de Salud y analizar los factores sociosanitarios que pueden condicionarla. **Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal a mujeres que fueron madres durante 2014 y 2015. Las variables estudiadas fueron edad, gestaciones previas, deseo de embarazo, tipo de parto, asistencia a preparación al parto, apoyo a la lactancia materna, recomendación de lactancia artificial, nivel educativo, situación laboral, estructura familiar, tipo de lactancia al alta, tiempo de lactancia materna exclusiva, tiempo de lactancia materna total y motivo de abandono de lactancia materna. Los datos fueron recogidos mediante hojas de registro y entrevista estructurada a las madres, y estudiados en el programa SPSS 22. **Resultados.** Se obtuvieron datos de 137 madres (81,5%). La edad media fue 26,8 años. El 47,4% cursó estudios primarios, un 31,1% no tenían estudios. La situación laboral era desempleo en el 66,7% de los casos. Al alta tras el nacimiento, solo el 43,8% de los recién nacidos recibían lactancia materna exclusiva. La duración media fue 1,7 meses, únicamente el 11,7% alcanzó los 6 meses. El principal motivo de abandono referido fue la insuficiente producción (38,1%). **Conclusiones.** Las mujeres estudiadas fueron madres a edad temprana. Pertenecen a una clase socioeconómica media-baja. El tiempo de lactancia materna exclusiva y total está por debajo las recomendaciones.

Palabras clave

Lactancia Materna, Prevalencia, Alimentación Infantil, Nivel Socioeconómico, Lactante.

Abstract

Introduction: Despite the widely known benefits, one of the facts observed in the pediatric consultation is that many of them do not initiate or do not maintain breastfeeding during the recommended time. **Objective.** To describe the current situation of breastfeeding in our primary care health centre and analyze the socioeconomic factors conditioning its maintenance. **Material and methods.** Transversal descriptive study to the total of women who had a child during 2014 and 2015. Variables studied included age, previous pregnancies, desire for pregnancy, type of delivery, attendance at childbirth preparation, support for breastfeeding, recommendation for breastfeeding, educational level, employment status, family structure, type of lactation when was discharged, full breastfeeding duration, total duration of breastfeeding and cause of suppression. Data were collected through structured interviews. Statistical analyses were performed using the SPSS Windows statistical software package version 22. **Results.** Data were collected from 137 mothers (81.5%). The average age was 26.8 years. 47.4% had primary studies, 31.1% had no studies. The employment situation was unemployment in 66.7% of the cases. At discharge after birth, 43.8% of infants received full breastfeeding. The average length was 1.7 months, only 11.7% of the women reached 6 months of full breastfeeding. The main reason for breastfeeding suppression was insufficient production (38.1%). **Conclusions.** The women studied became mothers at an early age. They belong to a middle-low socioeconomic level. The full breastfeeding and total breastfeeding duration were shorter than international recommendations.

Key words

Breastfeeding, Exclusive Breastfeeding, Prevalence, Infant Feeding, Socioeconomic Level, Infant.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, (2) Enfermera de Pediatría de Atención Primaria, (3) Médico especialista en Pediatría, (4) Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "El Progreso", Badajoz.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el mejor alimento que la madre puede ofrecer al recién nacido. Cubre las necesidades nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y desde el punto de vista emocional favorece el establecimiento de un buen vínculo madre-hijo (1).

Múltiples instituciones científico-sanitarias nacionales e internacionales recomiendan mantener la LM de forma exclusiva durante los primeros 6 meses y con una adecuada alimentación complementaria hasta los 2 años o más (1-7).

Durante los primeros 6 meses de vida, los niños que reciben lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media, síndrome de muerte súbita del lactante (3,4,8) y enterocolitis necrotizante en prematuros (8) en comparación con los niños alimentados con lactancia artificial. Además los niños no amamantados padecen más dermatitis atópica, problemas respiratorios y asma si pertenecen a una familia de riesgo alérgico (8). Respecto a las madres, las que amamantan tienen menores tasas de sangrado posparto, y a largo plazo se reducen el riesgo de cáncer de mama y ovario (8) y las tasas de obesidad (4).

A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor (2,4,9). La obesidad es un importante problema de Salud Pública, con importantes efectos adversos para la salud, tanto en la infancia como en la edad adulta. La incidencia del sobrepeso y la obesidad infantil ha aumentado en las últimas décadas y la alimentación complementaria precoz (antes de los 4 meses) es descrita como un factor de riesgo de sobrepeso en la infancia (10).

La frecuencia y la duración de la LM disminuyeron de forma espectacular a lo largo del siglo XX y pese a que en las últimas décadas se observa una lenta recuperación en la mayoría de los países europeos, el inicio y mantenimiento de la misma se sitúan por debajo de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11,13).

También hay que mencionar que en nuestro país, no existe un sistema oficial adecuado, de seguimiento y monitorización de la LM a nivel nacional que nos permita conocer la situación actual y la evolución de la misma, así como valorar la efectividad de las diversas iniciativas de promoción y apoyo (5,11).

En la Zona Básica de Salud (ZBS) de El Progreso, se han realizado dos Análisis de la Situación de

Salud en los años 2006 y 2014. En ambos la alimentación inadecuada aparece como uno de los principales problemas sentidos tanto por los profesionales como por la población de la zona (14,16).

En las consultas de pediatría y enfermería pediátrica de nuestro Centro de Salud, se tiene la impresión subjetiva de que son pocas las madres que optan por la lactancia materna exclusiva, así como que hay una tendencia a la introducción precoz de la alimentación complementaria. Por todo ello los **objetivos** de este estudio han sido:

- Conocer mediante datos objetivos la situación de la LM, desde el nacimiento hasta el año de edad, y la introducción de la alimentación complementaria en nuestra ZBS.
- Analizar cuáles son los factores relacionados con la instauración de la LM y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal con recogida de datos retrospectiva al total de mujeres, madres de niños/as nacidos durante un periodo de dos años (desde enero de 2014 a diciembre de 2015) en la ZBS El Progreso.

La recogida de datos se realizó mediante hojas de registro (Anexo 1) y entrevista estructurada a las madres de niños nacidos en el periodo señalado cuando acudían a la consulta del Programa de Salud Infantil durante el año 2016. Previamente se les informaba de la finalidad de esta recogida de datos y se les solicitaba de forma verbal su consentimiento para usarlos en nuestro estudio.

Las variables estudiadas fueron:

- **En las madres:** Edad, gestaciones previas, embarazo planificado o no, embarazo espontáneo o artificial, tipo de parto, asistencia a grupos de preparación al parto, apoyo para la lactancia durante el postparto, recomendación de lactancia artificial, motivo de abandono de la lactancia materna, hábito tabáquico, estudios, profesión y situación laboral.
- **En los niños:** Sexo, peso, edad gestacional, gemelaridad, tipo de lactancia al alta del hospital, tiempo de lactancia materna exclusiva, tiempo de lactancia total, edad de introducción de alimentación complementaria, edad de inicio de guardería.

Los criterios de exclusión fueron cualquier factor tanto de la madre como del niño que contraindique de forma absoluta la LM (8):

- VIH.
- Galactosemia.
- Fármacos y drogas que contraindiquen la Im.
- Tuberculosis activa.
- Miastenia gravis.
- Cáncer de mama.
- Hipopituitarismo (síndrome de sheehan).
- Neoplasias.

Siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales (5) se consideró alimentación con LM exclusiva (LMEx) cuando se recibía solo leche materna, lactancia mixta (LMix) cuando además de la leche materna se ingería también leche de fórmula, y lactancia artificial (LA) cuando únicamente se tomaba leche de fórmula. La lactancia materna total sería la suma de los alimentados con LMEx y Lmix (5).

Respecto a la edad gestacional, consideramos prematuros a aquellos nacidos con menos de 37 semanas de gestación (17).

Los datos fueron registrados y analizados en el programa SPSS Statistics 22. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov objetivando una distribución de las variables no normal, por lo que para el análisis de datos se han utilizado test estadísticos no paramétricos (U de Mann-Whitney).

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo estudiado hubo un total de 170 nacimientos (90 en 2014 y 80 en 2015) en la Zona Básica de Salud El Progreso. De ellos se recogieron datos de un total de 137 madres y 139 niños (el 81,5% del total de mujeres de la zona que fueron madres en el periodo de estudio). Dos de los partos fueron gemelares (1,5%). Fueron excluidos 2 casos por uso de medicación en la madre que contraindicaba la LM. Los datos del resto de los casos no fueron recogidos por varios motivos: cambios de Zona de Salud, no acuden a consulta programada del niño sano, o no se pudo contactar telefónicamente con ellos.

La edad media de las mujeres estudiadas fue de 26,8 años (Desviación Estándar [DE]: 5,88; rango: 16-42 años). El 10,2% eran menores de 20 años y el 13% tenían una edad igual o superior a 35 años.

En cuanto a su nivel educativo el 47,4% solo cursó estudios primarios, un 31,1% no tenían estudios, un 19,3% concluyeron formación profesional o bachillerato y únicamente un 2,2% realizaron estudios universitarios (**Gráfico 1**).

En más de la mitad de los casos (66,7%) la situación laboral era el desempleo. Un 31,1% se encontraban activas y el 2,2% todavía cursaban estudios.

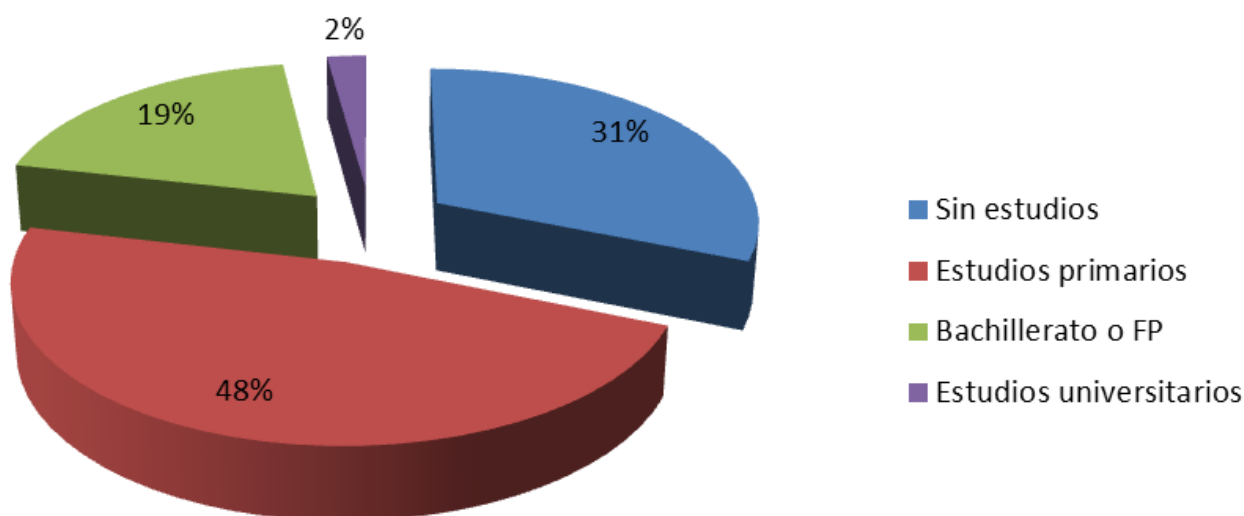


Gráfico 1. Nivel educativo

Respecto a la estructura familiar, el 77% viven en familia nuclear, 18,5% en nuclear extensa, y el 3% y 1,5% en familia monoparental y monoparental extensa respectivamente. El 70,1% de las madres estudiadas eran fumadoras.

El 67,2% de las mujeres habían tenido al menos un embarazo previo, siendo el número máximo de embarazos anteriores de seis (1,5% de los casos). En el 97,8% de los casos el embarazo de los recién nacidos estudiados se produjo de forma natural, y el 71,9% refieren fue un embarazo planificado. La proporción de asistencia al grupo de preparación al parto fue de un 36,3% de las participantes.

Respecto al tipo de parto el 78,5% fue vaginal y el 21,5% cesárea. La media de edad gestacional fue de 39,5 semanas, siendo prematuros el 5,1% de los casos.

De los recién nacidos, el 54% fue niño y el 46% niña. El 2,9% procedía de embarazos múltiples (4 niños de 2 casos). El peso medio fue de 3153g (DE: 474; rango: 1050-4200g), teniendo el 6,6% bajo peso al nacer mientras que el 70,1% superaba los 3000g.

Al alta tras el nacimiento, el 43,8% de los recién nacidos recibían LMEx, el 36,5% LMix y el 19,7% LA.

La duración media de LMEx fue de 1,7 meses (DE: 2,17; rango: 0-7 meses). Las tasas de LMEx fueron disminuyendo a lo largo del tiempo, siendo de 43,8% al alta, 37,2% a los dos meses y 24,8% a los cuatro meses. Solamente el 10,9% de los casos estudiados superaron, o alcanzaron los seis meses de LMEx (**Gráfico 2**).

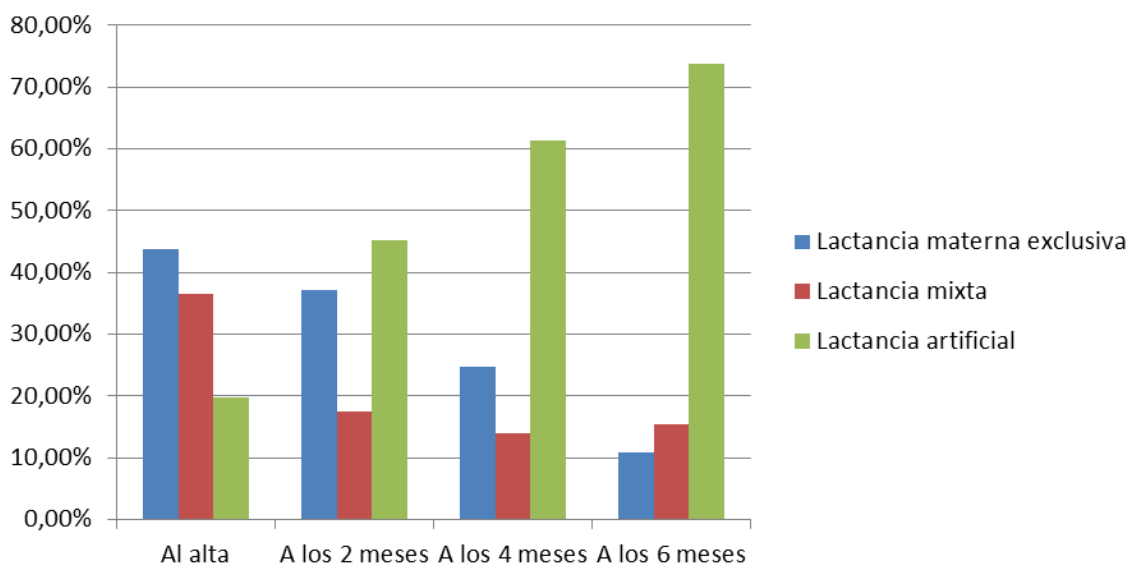


Gráfico 2. Tipo de alimentación desde el nacimiento hasta los 6 meses

La duración media de LM total fue de 4 meses (Desviación estándar [DE]: 4,50; rango: 0-12 meses). En cuanto a la prevalencia de la LM total durante los primeros 12 meses de vida, también se observa descenso de la misma a lo largo del tiempo. En el momento del alta

un 80,3% de las madres salieron del hospital con LM en alguna de sus modalidades, siendo esta del 54,7% a los dos meses, del 38,7% a los cuatro meses, del 26,3% a los seis meses y del 22,6% a los nueve meses. Únicamente el 19% alcanzó los 12 meses (**Gráfico 3**).

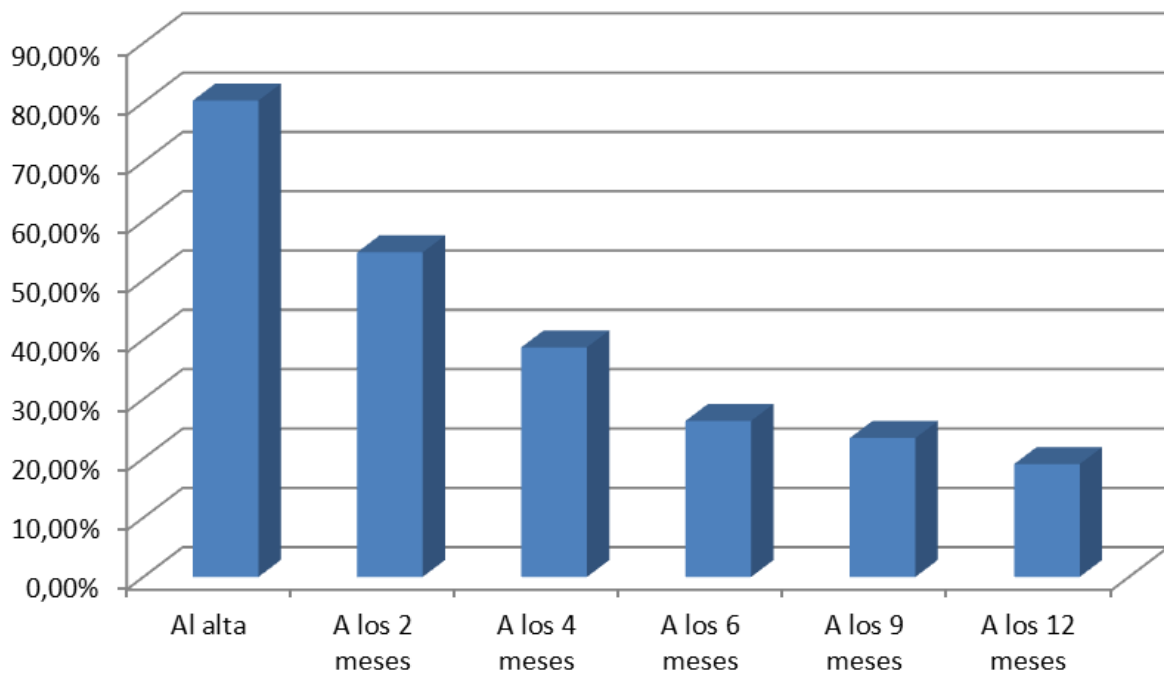


Gráfico 3. Prevalencia de la LM total durante los primeros 12 meses de vida

El 69,6% refirió haber recibido apoyo para la LM. Al 43% de las mujeres se le recomendó LA, de las cuales el 11,1% fueron aconsejadas por sanitarios y el 31,9% por su entorno (familia y amigos).

El principal motivo que refieren las encuestadas como de abandono de LM es la insuficiente producción (38,1%). El 24,6% suspenden LM por decisión materna, enfermedad madre/niño (7,5%), trabajo materno (6%), consejo médico (5,2%) y otras causas (7,5%).

La edad a la que mayoritariamente introdujeron la alimentación complementaria los niños estudiados fue a los 4 meses (49,2%), siendo el 12,1% los que la introducen antes de esta edad y el 20,2% los que lo hacen a una edad igual o superior a los 6 meses.

El 83,9% no asistió a la guardería antes del año de edad. De los que sí asistieron, el 16,1% lo hicieron antes del año de edad, y el 4,4% lo hizo antes de los 6 meses.

Al realizar el análisis estadístico, los factores que han mostrado relación estadísticamente significativa con el mantenimiento de la LMEx han sido: madre fumadora ($p=0'038$), embarazo planificado ($p=0'002$), asistencia a clases de preparación al parto ($p=0'04$), parto eutócico ($p=0'044$), LMEx al alta después del parto ($p=0'000$) e introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses ($p=0'000$), como se muestra en la Tabla 1.

Factores relacionados con el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva.							
	N	Media rangos	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p
Hábito tabáquico	SI 41 NO 96	59,07 73,24	2422,0 7031,0	1561,0	2422,0	-2,073	0,038
Embarazo deseado	SI 100 NO 37	74,92 53,00	7492,0 1961,0	1258,0	1961,0	-3,109	0,002
Asistencia a preparación al parto	SI 49 NO 88	77,63 64,19	3804,0 5649,0	1733,0	5649,0	-2,058	0,040
Parto eutócico	SI 100 NO 37	72,84 58,64	7283,5 2169,5	1466,5	2169,5	-2,014	0,044
LM Exclusiva al alta	SI 60 NO 77	100,55 44,42	6033,0 3420,0	417,0	3420,0	-8,898	0,000
Alimentación complementaria antes de 6 meses	SI 109 NO 28	60,73 101,20	6619,5 2833,5	624,5	6619,5	-5,213	0,000
Factores relacionados con el mantenimiento de la lactancia materna total.							
	N	Media rangos	Suma de rangos	U Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	p
Hábito tabáquico	SI 41 NO 96	55,71 74,68	2284,0 7169,0	1423,0	2284,0	-2,584	0,010
Embarazo deseado	SI 100 NO 37	75,81 50,61	7580,5 1872,5	1169,5	1872,5	-3,328	0,001
Asistencia a preparación al parto	SI 49 NO 88	80,35 62,68	3937,0 5516,0	1600,0	5516,0	-2,519	0,012
Parto eutócico	SI 100 NO 37	73,95 55,64	7394,5 2058,5	1355,5	2058,5	-2,418	0,016
LM Exclusiva al alta	SI 60 NO 77	94,61 49,05	5676,5 3776,5	773,5	3776,5	-6,725	0,000
Alimentación complementaria antes de 6 meses	SI 109 NO 28	60,93 100,41	6641,5 2811,5	646,5	6641,5	-4,736	0,000

Tabla 1. Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva y total

Estos mismos factores también tienen una relación estadísticamente significativa con el mantenimiento de la LM total: madre fumadora ($p=0'010$), embarazo deseado ($p=0'001$), asistencia a clases de preparación al parto ($p=0'012$), parto eutócico ($p=0'016$), LMEx al alta después del parto ($p=0'000$) e introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses ($p=0'000$), como se puede observar en la tabla 1.

Otros factores estudiados, como por ejemplo el nivel educativo de la madre o su situación laboral, no suponen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tipos de alimentación de los lactantes de nuestra ZBS. La edad de la madre tampoco ha mostrado relación estadísticamente significativa con la duración de la LM de la población estudiada.

DISCUSIÓN

La alimentación con leche materna (LM) probablemente es la intervención sanitaria que, con menores costes económicos, consigue mayores beneficios sobre la salud del individuo (18). Teniendo en cuenta que las recomendaciones internacionales de LME hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los dos años (5), el tiempo de LME y LM total en nuestra zona está muy por debajo de los niveles deseables. Por ello consideramos prioritario llevar a cabo actividades de promoción y apoyo de la misma en nuestra ZBS.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (19) la edad media a la que se tiene el primer hijo en España es de forma global de 31'89 años, datos que desglosados según nacionalidad: son de 32'38 años en el caso de las españolas y 29'43 años para las extranjeras. La edad media de las mujeres de nuestro estudio fue de 26'8 años, lo que revela que fueron madres a una edad mucho más temprana respecto a la media española, sobre todo teniendo en cuenta que en más de la mitad de los casos el incluido en el estudio no era su primer hijo.

En cuanto a las características socioeconómicas de nuestra cohorte, podemos decir que las madres estudiadas pertenecen a una clase social media-baja, la mayoría de ellas han terminado únicamente estudios primarios y se encuentra en desempleo. De aquellas que sí están trabajando, la mayoría desempeña trabajos "precarios" (16). Este tipo de empleos, sin posibilidad de disfrutar en muchos casos de un permiso de maternidad, puede influir negativamente en la decisión de iniciar LM y en su mantenimiento. Progenitores con bajo nivel de estudios o con trabajos precarios, familias sin figura paterna (madres adolescentes o solteras) y problemas en el recién nacido como el bajo peso al nacimiento, la prematuridad, el nacimiento por cesárea y los partos múltiples son factores descritos como de mal pronóstico para el inicio y mantenimiento de la LM (8). Sin embargo en nuestros resultados no obtenemos significación estadística en la relación LM con nivel socioeconómico y situación laboral.

Cuando se analiza la prevalencia de la LM entre las distintas clases sociales de un país, se observa que en los países más pobres las clases sociales que mantienen la LM durante más tiempo son las más bajas, mientras que en los países con mayores recursos, son las madres de las clases socioeconómicas más altas y mejores niveles educativos, las que más amamantan y lo hacen durante más tiempo (4,5). La influencia positiva de un mayor nivel de estudios de la madre sobre la duración de la LM ha sido identificada en numerosos estudios revisados (2,4,5). Esto

queda reflejado en nuestro estudio, en el que la mayoría de las madres tienen bajo nivel educativo y socioeconómico, y presentan bajas tasas de LM.

A todo esto se le suma que nuestra ZBS cuenta con algunas zonas marginales. Muchas de las madres reciben ayudas de leche artificial de diferentes ONG o instituciones religiosas, e incluso algunas de ellas las solicitan antes de dar a luz. Este hecho puede modificar su percepción de modo negativo, ya que muchas de ellas no tienen interés en dar el pecho ya que nos indican tienen la leche gratis. Esta promoción de leche artificial que se hace por evitar una malnutrición en niños en riesgo de exclusión social, podríamos decir, que en cierto sentido vulneran el objetivo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna que es "contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución" (20). Este hecho lo hemos detectado, una vez comenzado el estudio, por lo que no tenemos datos de cuántas de nuestras madres reciben ayuda después del parto y cuántas la tenían concedida antes de dar a luz. A pesar de haber advertido de este hecho a los responsables, la realidad es que es difícil abordar este tema en este tipo de población.

Confirmamos objetivamente nuestra impresión de que hay una introducción precoz de la alimentación complementaria en nuestra Zona de Salud. Los resultados obtenidos revelan que un 50 % lo hacen a los 4 meses y el 12'1% antes. Se sabe que el inicio precoz de la alimentación complementaria aumenta el riesgo de abandono de la lactancia, por descenso en la producción de leche (21). La edad de introducción de la alimentación complementaria guarda relación estadísticamente significativa con la duración de la LM en nuestro estudio, sin embargo no podemos determinar si es causa o consecuencia de la misma.

En la revisión sistemática llevada a cabo por Aguilar Cordero y colaboradores en 2015 (10), la alimentación complementaria precoz (antes de los 4 meses) es descrita como factor de riesgo de sobrepeso en la infancia. Esta revisión concluye que la lactancia materna previene la obesidad, tanto en la infancia, como en las demás etapas de la vida. Esto es debido, entre otros factores, a que disminuye la velocidad de la ganancia de peso en los primeros años de vida, lo que reduce el riesgo de incremento de la adiposidad abdominal que, a su vez, es un factor que aumenta la probabilidad de la obesidad o sobrepeso en la edad adulta.

Los datos publicados en 2016 por UNICEF (22,23) indican que, mundialmente, sólo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LMEx a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LMEx del 60%, seguidos por el Este y Sur de África con un 57%. Muy preocupante resulta el hecho de que en muchas regiones este porcentaje es sólo del 30% (24).

No se conoce detalladamente cuál es la situación en los países con mayores ingresos, pero la información disponible es alarmante. Así, en el año 2010, en Australia alrededor del 90% de las mujeres iniciaban LM pero, a los 6 meses, sólo el 2% continuaban con LMEx (25). En Estados Unidos, en 2013, el porcentaje de inicio de LM era del 76% y a los 6 meses la LMEx se reducía hasta el 16% (26). En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005 (27) los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de LMEx a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LMEx a los 6 meses) (28). Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia o Irlanda con niveles del 63 y 44% (27). Reino Unido, por su parte, tenía un 77% de inicio de lactancia pasando a <1% de LMEx a los 6 meses (24,27,29). Comparando estos datos con los obtenidos en nuestro estudio, podemos observar que la cifra de inicio de LM en la zona estudiada se asemeja a los niveles encontrados en países como Estados Unidos o Reino Unido, teniendo en cuenta que al alta de la unidad de maternidad el 80,3% de los recién nacidos recibía LM en cualquiera de sus dos modalidades. En todos los países referenciados se observa un descenso de la LMEx a los 6 meses, lo cual coincide con los resultados de nuestro estudio en el que las cifras pasan de un 43,8% de LMEx al alta después del parto a un 10,9% a los 6 meses, datos que están muy por debajo también del objetivo de la OMS.

En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado (8). La mayoría de datos existentes hasta el momento proceden de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal (8,18). El primer estudio que se realizó en España con una amplia fuente de datos fue impulsado por el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) en 1997 (2,30). Actualmente, los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas

Nacionales de Salud (ENS) que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia (31). Con ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS lo que dificulta la comparación con otros países (18).

Según datos publicados en la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2006, las cifras tienden a la mejoría, la prevalencia de LM, tanto exclusiva como mixta, en España a los 3 meses era del 63,3% y a los 6 meses del 38,7% (32). Datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2012, en su edición revisada en Junio de 2015, revelan que el porcentaje de niños alimentados total o parcialmente con leche materna a las 6 semanas del nacimiento fue del 72,4%, pasando a los 3 meses de edad al 66,5% y al 47,0% a los 6 meses (33). Al tratar de comparar estas cifras con los resultados de nuestro estudio no podemos establecer comparación a las 6 semanas y 3 meses, pues nuestros datos los hemos recogido a los 2, 4 y 6 meses. Solo podemos establecer comparación a los 6 meses, en las que nuestras cifras son bastante inferiores (47 % datos Nacionales vs 26,3 % nuestros datos Locales).

Estudios más recientes ofrecen resultados más optimistas. Uno de ellos es el estudio CALINA llevado a cabo en Aragón (2). Se trata de estudio observacional longitudinal en una cohorte representativa de la población de lactantes aragoneses, nacidos desde marzo del 2009 a marzo del 2010, y controlados hasta los 12 meses de edad (N=1.602). En este estudio la prevalencia de LM al alta era del 90,7%, del 54,3% a los seis meses y del 27,8% a los doce meses, cifras que son muy superiores a las obtenidas en nuestro trabajo.

Entre las conclusiones del estudio CALINA destaca que la prevalencia de LM en Aragón durante los primeros 12 meses de vida es alta y ha aumentado respecto a los datos previos. Todos estos datos son esperanzadores, parece que la tendencia viene siendo creciente desde 1995 al menos en determinadas zonas de España.

Otro de los resultados del estudio CALINA, que coincide con publicaciones previas, (5) y concuerda con nuestros resultados, es que las mujeres con mayor nivel de estudios mantienen más la LM debido a sus características educacionales. Hace unas décadas, en España, al igual que en otros países en desarrollo, la LM era menos prevalente entre mujeres de alto nivel socioeconómico; actualmente, tener un buen nivel educacional protege y fomenta la LM (2).

Hemos obtenido una relación estadísticamente significativa entre la asistencia a las sesiones de preparación al parto y la duración de la lactancia materna. El efecto positivo de la asistencia a las sesiones de educación prenatal ha sido descrito con anterioridad (5,8,34), dato debe interpretarse con cautela ya que no es posible determinar si es efecto de la información recibida o se debe a que las madres que acudieron a estos grupos tenían ya de antemano una mayor predisposición.

En nuestro trabajo el 70,1% de las madres estudiadas eran fumadoras, y el hábito tabáquico tiene una relación estadísticamente significativa con la duración de la LM. En el estudio CALINA (2) se obtiene como resultado que fumar durante la gestación se asocia a una menor probabilidad de LM, influyendo negativamente tanto en la instauración como en el mantenimiento de la misma. En otro estudio realizado a nivel local en dos hospitales de la provincia de Pontevedra (35) se constata la relación negativa entre tabaquismo y LM: las mujeres que fuman tienden a iniciar menos la LM, y a mantenerla menos tiempo que las no fumadoras. Esto coincide con múltiples estudios publicados en las últimas décadas (34,38), y supone un grave problema de Salud Pública, ya que a los múltiples efectos nocivos del tabaquismo pasivo en los recién nacidos y lactantes, habría que sumarle la falta del efecto protector de la LM (35). Así, entre hijos de mujeres que continúan fumando y lactando, la incidencia de enfermedades respiratorias agudas es menor que las madres fumadoras que optan por alimentar a sus hijos con leche artificial. Fumar y lactar es pues menos dañino que el biberón más el hábito tabáquico (35,39).

Otro de los factores que en nuestra ZBS muestra relación con el inicio y mantenimiento de la LM es el hecho de que el embarazo haya sido planificado. No hemos encontrado en nuestro país estudios que evalúen esta variable. A nivel internacional, otros autores si se lo han planteado (40): según un estudio realizado en Cuba y publicado en 2014, evalúa la relación entre la planificación del embarazo, la lactancia en hijos anteriores, la aptitud referida para lactar y los conocimientos sobre lactancia materna de 192 gestantes en su tercer trimestre, se obtiene como resultado que algo más de la mitad de las madres se consideraron aptas para la lactancia, y asumieron que poseían los conocimientos necesarios para lograrlo, pero menos de la quinta parte mostró poseerlos. Las gestantes que obtuvieron valores superiores en el cuestionario fueron: las que tenían un hijo previo, las que ya habían ofrecido lactancia materna exclusiva de 4 a 6 meses, y las que deseaban y habían planificado su embarazo. Como conclusión

obtuvieron que aunque la mayoría de las gestantes consideraron que estaban aptas para la lactancia materna, no demostraron tener los conocimientos necesarios para asumirla exitosamente (40).

El parto eutócico también parece tener relación con la duración de la LM en nuestro estudio. El tipo de nacimiento está relacionado significativamente con el tipo de alimentación del lactante cuando comparamos los grupos con LM vs LA (31). Los niños nacidos por cesárea tenían mayor riesgo de ser alimentados con sustitutos de leche materna, relación que ya ha sido observada por otros (31, 41-43).

Diversos estudios demuestran que el RN humano está preparado, como el resto de los mamíferos, para encontrar el pecho en los primeros minutos tras el nacimiento. Y todo el proceso del parto, con la descarga hormonal e madre e hijo, les prepara para ese encuentro. Pero cuándo el parto sucede por cesárea, con demasiada frecuencia, a las dificultades derivadas de la propia intervención quirúrgica, la mayoría de mujeres deben sumar dificultades derivadas de la aplicación de rutinas inadecuadas en la Maternidad antes, durante y tras el parto, que a menudo motivan que la lactancia termine antes de lo que la madre deseaba (43). El imprinting con la madre y con el pecho materno que se produce durante el contacto ininterrumpido en las primeras horas tras el nacimiento no debe resultar interferido si no es estrictamente necesario para preservar la salud materna o neonatal. Estudios recientes (44,45) demuestran que este simple hecho disminuye el tiempo de llanto, mejora la interacción maternoinfantil, mejora la incidencia y duración de la lactancia materna y disminuye la morbimortalidad infantil (43). Las prácticas de atención al parto y puerperio deben apoyar el establecimiento del contacto piel con piel y el amamantamiento precoz en todos los casos, haciendo mayor hincapié en los partos por cesárea por las dificultades para el establecimiento de la LM que de ellos se derivan.

El primer motivo de abandono de la lactancia materna que refieren nuestras encuestadas es la insuficiente producción. Esto coincide con datos referidos en otros estudios revisados (5-8). Dada la poca frecuencia de la hipogalactia real sospechamos que en muchos casos probablemente no se trataría de la misma, sino una percepción subjetiva de insuficiente producción por diferentes motivos (llanto exagerado, ganancia ponderal inferior a la esperada, miedo, falta de confianza, etc.)

Estudios revisados coinciden en que uno de los motivos frecuente de abandono de la lactancia materna (1,8,46) es la falta de apoyo a la madre, es-

pecialmente tras el alta hospitalaria; y es ahí donde está nuestra responsabilidad como profesionales sanitarios y dónde debemos centrar nuestros esfuerzos. En nuestro estudio, aunque muchas de las mujeres refieren haber recibido apoyo en la LM por personal sanitario, también hay otras que refieren que fueron los propios profesionales sanitarios los que le recomendaron lactancia artificial o no supieron ayudarlas a solucionar problemas. Esto pone de manifiesto la necesidad de formación e implicación del personal sanitario en aspectos relacionados con la LM en general, la técnica de amamantamiento y las verdaderas contraindicaciones de la LM, para conocer y poder prestar una atención adecuada a las madres y sus respectivos hijos. Las verdaderas contraindicaciones de la LM son escasas (8), pero en ocasiones por desconocimiento o miedo se suspende la lactancia por causas no justificadas a la luz del conocimiento científico.

La escasa formación teórico-práctica de algunos profesionales sanitarios es un factor negativo muy influyente en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna ya que la opinión de estos profesionales puede tener un gran peso en la decisión de la madre de dar el pecho (47). Por tanto es imprescindible, en primer lugar, concienciar a todos los profesionales de salud de los beneficios de la lactancia materna; después, formarlos combinando conocimientos teóricos y prácticos; y, por último, dotarles de comunicación con las madres durante el embarazo, parto y puerperio, que posibiliten la resolución de dificultades o problemas que surgen en el amamantamiento (48,49).

La Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (50) ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. La obtención de la acreditación hospital IHAN debe ser la meta a conseguir de los hospitales y centros de salud españoles, ya que ha sido calificada como la herramienta más eficaz para aumentar las tasas en el inicio y duración de la lactancia materna. En España hay en la actualidad 17 Hospitales que han conseguido la acreditación y 78 en vía de conseguirlo, así como 4 Centros de Salud acreditados y 118 en fase de acreditación. En nuestra Comunidad Autónoma no hay ningún Hospital con certificado IHAN y el único en proceso de acreditación es el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. En el caso de los Centros de Salud, en Extremadura no existe ninguno que esté acreditado ni en proceso de acreditación (50).

El porcentaje de niños que inician LM en la primera hora de vida es un indicador que tiene mucha importancia, ya que está bien establecido que iniciar precozmente la alimentación al pecho ayuda a establecer la LM exclusiva y se relaciona con una mayor duración de la misma (51). En nuestro estudio no se recogen datos de inicio precoz de lactancia materna en hospital, pero sí sabemos que al alta de la unidad de maternidad solo el 43,8% de los recién nacidos tomaban LMEx. Este porcentaje podría estar relacionado con que nuestro hospital de referencia no cuenta con el certificado IHAN, y además puede haber influido en la duración y mantenimiento de la LM en nuestra zona.

Una de las funciones más importantes del profesional de enfermería es la Educación Sanitaria. Estos profesionales tienen gran responsabilidad a la hora de proporcionar a las madres la mejor información, basada en la evidencia, sobre la alimentación de sus hijos. Es su deber animar a la madre a que ofrezca el pecho a demanda y desterrar viejos mitos frecuentes como que los lactantes se empachan o se envician con el pecho, explicando la función de la succión no nutritiva y su papel en el estímulo para la producción de leche (8). Es también necesario mejorar la coordinación de los diferentes niveles asistenciales implicados en la asistencia al parto, puerperio y pediatría de Atención Primaria, con criterios comunes a todos ellos, para garantizar el apoyo a las madres lactantes transmitiendo informaciones unificadas.

Los grupos de apoyo a la lactancia son también una herramienta de gran importancia para aumentar la duración de la lactancia materna (52). Son asociaciones de madres lactantes con experiencia y formación en el tema, que se prestan voluntarias a escuchar, apoyar y ayudar a otras madres en el amamantamiento. Es un apoyo directo, cercano, de igual a igual, donde las madres buscan identificarse con otras madres en su misma situación, compartir experiencias, dudas y sentimientos. En la mayoría de acontecimientos que se producen en la vida, y la lactancia materna es un acontecimiento más, se requiere aprendizaje, confianza en uno mismo y apoyo; la vivencia en grupo de los mismos ayuda a superar las dificultades. Es por tanto también nuestra responsabilidad como profesionales sanitarios, el informar sobre los grupos existentes en nuestra Área de Salud.

Entre las **limitaciones del estudio** destaca el sesgo de memoria, ya que se solicita información de datos retrospectivos. El pequeño tamaño de la muestra y ser una población muy homogénea, puede ser la causa de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en otras variables.

Con toda esta información podemos **concluir** que:

- El tiempo de LM en nuestra zona está por debajo de lo recomendado y la alimentación complementaria se inicia de manera precoz.
- El nivel socioeconómico no muestra relación estadísticamente significativa con la LM. Sí muestran relación estadísticamente significativa con la duración de la LM en nuestra ZBS, el hábito tabáquico de la madre, el hecho de que sea un embarazo planificado o no, la asistencia a clases de preparación al parto, el nacimiento por parto eutócico, la alimentación con LMEx al alta de maternidad y la edad de introducción de la alimentación complementaria.
- Es necesario realizar actividades de formación en LM para profesionales y de promoción de la misma en la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez Aguilar MT, Lozano de la Torre MJ, Lasarte Velillas JJ. Promoción de la lactancia materna. En Aguayo Maldonado J, Gómez Papi A. Hernandez Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ, Lozano de la Torre MJ, Pallás Alonso CR, editores. Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2008. p 101-116.
2. Cuadrón AndrésL, Samper VillagrasaMP, Álvarez SaurasML, J.J. Lasarte VelillasJJ, Rodríguez Martínez ,G, Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. An Pediatr 2013;79:312-8.
3. Oves SuárezB, Escartín MadurgaL, Samper VillagrasaMP, Cuadrón AndrésL, Álvarez SaurasML, Lasarte VelillasJJ, Moreno AznarJA, Rodríguez Martínez G. Inmigración y factores asociados a lactancia materna. Estudio Calina. An Pediatr (Barc). 2014;81(1):32-3.
4. Oribe M, Lertxundia, A, Basterrechea M, Begiristaina H, Santa Marina L, María Villara M, Dorronsoro M, Amiano P, Ibarluzea J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015;29(1):4-9.
5. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:17-26.
6. OMS | Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota descriptiva N°342. Enero de 2016 [En línea] [Consultado 26 jun 2017]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es
7. Organización Mundial de la Salud. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A5 5/15 Mayo 16 de 2002
8. Hernández MT, Aguayo 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: 340-56.
9. Gartner LM, Morton J, Laurence RA, Nylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005; 115:496-506.
10. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Madrid Baños N, Mur Villar N, Expósito Ruiz M y Hermoso Rodríguez E. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática. Nutr Hosp. 2015;31:606-620.
11. Moll Pons JM, Prieto Valle JM, Sánchez Martínez A, López León MP, Arana Galán JM, Frontera Juan G. Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son Llàtzer» de Palma de Mallorca. Acta Pediatr Esp. 2012; 70(5):186-194.
12. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 [En línea] [Consultado 26 jun 2017]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
13. Palomares Gimeno MJ, Labordena Barceló C, Sanantonio Valdearcos F, Agramunt Soler G, Nacher Fernández A, Palau Fuster G. Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:393-402.
14. Maynar Mariño I, Nieto Ramírez R, Montero de Espinosa Pérez P, Madueño García MÁ, Fernández López MD, Maynar Mariño MÁ. Proyecto Progreso: un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. Comunidad. 2010;12:12-7.
15. Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Badajoz: Edita SES; 2007.
16. Equipo de Atención Primaria. Análisis de la Situación de Salud de la Zona de Salud El Progreso. Centro de Salud El Progreso. Badajoz: Edita SES; 2014.

17. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. Noviembre 2016. [en línea] [Consultado 26 jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
18. Gimeno Navarro A. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría 2017.
19. Indicadores de fecundidad. Resultados Nacionales. Edad media a la maternidad. Datos 2015 Disponible en : www.ine.es Consultado 12 jun2017.
20. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1981.
21. Kathryn GD. Complementary Feeding and Breastfeeding. *Pediatrics*. 2000;106;1301-1302.
22. Victora, C.G., et al., Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016. 387(10017): p. 475-90
23. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF. October 2016 ISBN: 978-92-806-48522. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
24. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016. [En línea] [Consultado 17 nov 2017]. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
25. Australian Institute of Health and Welfare. National Infant Feeding Survey: 2010 Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927>
26. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding report card—United States 2013. www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2013breastfeedingreportcard.pdf
27. CO1.5: Breastfeeding rates OECD Family database OECD - Social Policy Division Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/family/43136964.pdf>
28. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization. 2014. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/
29. Black L-A. Research and Information Service briefing paper: Breastfeeding rates. North Ireland Assembly, NIAR Publication number 392-11. 2011. www.niassembly.gov.uk/Documents/RaISe/Publications/2011/Health/14811.pdf.
30. 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 Atención Primaria* 2004; 6(21):19-37.
31. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuestas Nacional de Salud 1995, 2001, 2006, 2012. [En línea] [Consultado 12 jun 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>
32. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Estilos de vida (Distribución Porcentual). [En línea] [Consultado 12 jun 2017] Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/EstilosVidaPorcentaje.pdf>
33. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. [En línea] [Consultado 12 jun 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gl/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf>
34. Su LL, Chong YS, Chan YH, Chan YS, Fok D, Tun KT. Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007 September 22; 335(7620):574-5.
35. Iglesias Casas S. Tabaquismo: Repercusión del hábito en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. *NURE Inv* [Revista en Internet] 2008 May-Jun. [Consultado 24 Jun 2017]; 5 (34):[aprox 8 pant] Disponible en: www.fuden.es:80/originales_detalle.cfm?ID_ORIGINAL=111&ID_ORIGINAL_INI=1&mail=1
36. Mello PR, Pinto GR, Botelho C. The influence of smoking on fertility, pregnancy and lactation. *J Pediatr (Rio J)*. 2001 Jul- Aug; 77(4):257.
37. Giglia RC, Binns CW, Helman AS. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration? *BMC Public Health* 2006, 6:195.

38. Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P, Forastiere F, Porta D. Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2006 Jun; 95(6):678- 85.
39. Lactancia Materna: guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría Madrid. Edición 2004.
40. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y, Ruiz Hernández E. Embarazo deseado y planificado, lactancia previa, aptitud para lactar y conocimientos de las madres sobre lactancia *Rev Cubana Pediatr.* 2014; 86 (3).
41. Hernández Borges A, Doménech Martínez E, Ormazábal Ramos C, Lecuona Fernández M, Fragoso LC, Domínguez Ortega F. Conocimientos maternos sobre alimentación del lactante y puericultura. *Rev Esp Pediatr* 1990; 46(5):404- 408
42. Cuestas Montañés E, Aparicio Sánchez JL. Los niños nacidos por cesárea toman menos lactancia materna. *Evid Pediatr.* 2011; 7:15.
43. Aguayo Maldonado J, Romero Escós D, Hernández Aguilar MT; Comité de Lactancia Materna de la AEP. Influencia de la atención al parto y al nacimiento sobre la lactancia, con especial atención a las cesáreas. *Evid Pediatr.* 2011; 7: 2.
44. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art.No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519. pub.2
45. Edmon KM, Zazndoh C, Quigley MA, Amengo-Efego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood OR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006; 117:e380-6.
46. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I y De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; Vol. 90; 16 de septiembre e1-e18.
47. García Cassanova MC, García Cassanova S, Pi Juan M, Ruiz Mariscal E, Parellada Esquius N. Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten Primaria* 2005; 35(6):295-300.
48. Olmo Navarro JE, Molina Ruano MD, López Sánchez-Sánchez R, Bermúdez Ruiz MI, Castaño Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof.* 2008; 9(2):12-16.
49. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
50. Iniciativa para la humanización al nacimiento y la lactancia. [En línea] [Consultado 06 jun 2017] Disponible en www.ihan.es
51. Moore, E.R., et al., Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(5): p. CD003519.
52. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo de lactancia en Europa: plan estratégico para la acción. Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/5europe_a_blueprint_for_action.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de recogida de datos para entrevista a las madres

1. ¿A qué edad tuvo el niño@?
2. ¿Qué sexo tiene el niño@?
3. ¿Cuántos embarazos ha tenido antes de este hijo@?
4. ¿Fue el embarazo deseado o no?
5. ¿Embarazo espontáneo o artificial?
6. ¿Qué tipo de parto tuvo: cesárea, eutócico (normal), distócico (ventosa, fórceps,..)
7. ¿Parto único o múltiple?
8. ¿Cuánto pesó al nacer?
9. A qué edad gestacional o con cuántas semanas tuvo a su hijo@?
10. ¿Fue a algún tipo de preparación al parto?
11. ¿Tuvo apoyo en la lactancia después del parto: hospital, consejo de su pediatra, enfermera, matrona, ...?
12. ¿Alguien le recomendó biberón? ¿Quién?
13. ¿A qué edad le introdujo alimentación complementaria: fruta, purés,...?
14. ¿Por qué abandonó la LM?:
 - Enfermedad madre / niño
 - Consejo médico
 - Decisión materna
 - Trabajo materno
 - Insuficiente producción
 - Otros.
15. ¿Qué tipo de lactancia tiene al salir del hospital: LM exclusiva, L mixta o artificial?
16. ¿Hasta cuándo le dio sólo pecho?
17. ¿Hasta cuándo le dio mixta?
18. ¿Fumó durante el primer año de vida de su hijo?
19. ¿Qué estudios tiene?
20. ¿Qué profesión tiene?
21. ¿Qué situación laboral tuvo en el año en el primer año de vida de su hijo@?
22. ¿Llevó a su hijo a la guardería antes de los 4 meses?