



Factores promotores de lactancia materna. Estudio LATMAGAL

Carmen González Méndez^a, Raquel López Rodríguez^b, Pablo Diéguez Rey^c, Jorge Suanzes Hernández^d, Carmen Amparo Rodríguez Lombardía^e, Rosaura Leis Trabazo^f,
Grupo LACTMATGAL

Publicado en Internet:
13-junio-2022

Carmen González Méndez:
karmenglez_7@hotmail.com

^aServicio de Pediatría. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona. España • ^bMIR-Alergología. Hospital Universitario de La Coruña. España • ^cMIR-Traumatología. Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid. España • ^dCoordinador Unidade de Apoio á Investigación. Responsable UICEC A Coruña - INIBIC / SCReN (ISCI). Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña. España • ^ePediatra. CS Castrillón. La Coruña. España • ^fServicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela, La Coruña. España.

Resumen

Introducción: la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses (LME6) de vida por sus beneficios. Las últimas publicaciones evidencian que no se está alcanzando este objetivo. El fin principal del estudio ha sido determinar la prevalencia de lactancia materna (LM) en la población gallega y los factores favorecedores y limitantes de la misma.

Material y métodos: estudio descriptivo observacional y transversal a través de encuestas anónimas a madres de bebés de 12 a 18 meses ($n = 280$) en las consultas de Pediatría de Atención Primaria.

Resultados: la prevalencia de inicio de LM es de 85,3%, LME6 de 47,2% y solamente 38,9% hasta el año de vida. Destaca un índice superior de inicio de LM en el ámbito rural (87,1% vs. 83,5%), aunque su duración es mayor en el ámbito urbano (LME6 53,1% vs. 35,5%). Se estableció como principal factor favorecedor de LM la recomendación por profesionales sanitarios de iniciarla en el puerperio y los consejos previos al alta hospitalaria ($p < 0,01$). La supervisión de las primeras tomas aumenta hasta 3 veces más la probabilidad de inicio de LM. Como factores limitantes destaca la producción insuficiente de leche ($p = 0,01$), problemas de salud maternos ($p = 0,01$) y el fin de la baja maternal ($p = 0,04$).

Conclusión: nuestros datos de prevalencia de inicio y de LME6 son superiores a los aportados en otros estudios españoles. Intensificar la promoción de la LM tanto a nivel hospitalario como de Atención Primaria y la supervisión de las primeras tomas son estrategias importantes para alcanzar cifras similares a recomendaciones internacionales.

Palabras clave:
• Lactancia materna

Abstract

Introduction: the WHO recommends exclusive breastfeeding (EBF) up to 6 months of life due to its proven benefits. The latest published studies show that this objective is currently not being accomplished. The aim of this study was to determine the prevalence of breastfeeding (BF) in a Galician population, and the factors that promoted and limited breastfeeding.

Methods: observational and cross-sectional descriptive study through anonymous surveys of mothers of babies aged from 12 to 18 months ($n = 280$) in primary care paediatrics clinics.

Results: we found a prevalence of 85.3% for BF initiation, of 47.2% for EBF at 6 months and of only 38.9% for BF maintenance at 1 year. We found a higher frequency of BF initiation in rural settings (87.1% vs. 83.5%), although BF duration was greater in urban settings (EFB6 53.1% vs. 35.5%). We identified the recommendation by professionals to start BF during the puerperium and BF guidance before discharge from hospital as the main factors that promoted BF ($p < 0.01$). Supervision of the first feedings increased the probability of initiation of BF by up to 3 times. The main BF limiting factors were insufficient milk production ($p = 0.01$), maternal health problems ($p = 0.01$) and the end of maternal leave ($p = 0.04$).

Conclusion: We found a higher prevalence of BF initiation and EBF at 6 months compared to other Spanish studies. Increasing promotion of BF in both the hospital and primary care setting and supervision of the first feedings are important strategies to achieve figures that approximate the targets set in international breastfeeding recommendations.

Key words:
• Breastfeeding

Cómo citar este artículo: González Méndez C, López Rodríguez R, Diéguez Rey P, Suanzes Hernández J, Rodríguez Lombardía CA, Leis Trabazo R, et al. Factores promotores de lactancia materna. Estudio LATMAGAL. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:127-36.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (LME6) es el alimento ideal para el recién nacido. Entre sus múltiples beneficios destacan la instauración de una microbiota intestinal más saludable, un mejor desarrollo del sistema inmunitario, del neurodesarrollo y una menor incidencia de infecciones¹⁻³. Así mismo, se observan beneficios en la salud materna, relacionándose con un menor riesgo de cáncer de mama y ovario. Además, fortalece la relación maternofilial⁴⁻⁸, supone un ahorro económico y genera una mayor sostenibilidad medioambiental^{2,9}. Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y suplementada con otros alimentos hasta los 2 años^{2,10-12}. Sin embargo, existen una serie de factores limitantes a la hora de llevar a cabo la lactancia materna (LM), como son el bajo nivel socioeconómico, la menor edad materna o la falta de apoyo a las madres^{5,10-14}. Principalmente, se ha relacionado el abandono de la LM con la separación maternofilial, ya sea por el tipo de parto o por causas laborales. De manera global, la causa más común de abandono de la lactancia es un manejo y una técnica inadecuada¹⁵⁻¹⁸.

En la actualidad, los índices de LM son muy inferiores a los recomendados, tanto en países desarrollados como en subdesarrollados¹⁴⁻¹⁹, existiendo una gran variabilidad en los datos. En 2016, UNICEF publicó que globalmente un 43% de los niños reciben LME6, siendo los países del sur de Asia los que tienen un mayor índice, con una prevalencia del 60%²⁰⁻²². En EE. UU., en 2013, se encontraban unos índices de inicio de LM del 76%, pero con un porcentaje de LME6 de solo 16%^{23,24}. En Europa, en 2003, se establecía que Gran Bretaña y Francia eran los países con prevalencia más baja de LM, en contraposición a los países nórdicos, donde se obtenían los índices de LM más altos. Así, Baerung y cols. (2004) observan una prevalencia de LM del 99% al abandonar la sala de partos en Oslo y del 80% de LME6^{3,25-29}. Por otra parte, en España, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017, la LM se mantiene a las 6 semanas en un 73,9% de

las madres y la LME6, en un 39%. Esto supone un aumento notable en comparación con la ENS de 2006, en la que la LM a las 6 semanas era del 68,4% y la LME6, del 24,7%³⁰.

El objetivo a nivel global actual es alcanzar para 2025 un 50% de LME6^{5,30,31}, para lo cual diferentes asociaciones como la Academia Americana de Pediatría, los 7 pasos de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y a la Lactancia (IHAN) y la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan implantar medidas de apoyo, tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria (AP) para el inicio y mantenimiento de la LM.

Son pocos los estudios que analizan el impacto de la intervención con distintas estrategias. Sin embargo, para establecer las más adecuadas y lograr estos objetivos, sería interesante conocer la situación en las distintas comunidades. Los objetivos principales de este trabajo han sido: determinar la prevalencia actual de LM en las distintas áreas sanitarias de Galicia y buscar los factores que influyen en su establecimiento, así como en su mantenimiento en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional transversal descriptivo y retrospectivo. El análisis de resultados previos estimó que la prevalencia poblacional de LME6 es del 40%, por lo que para un nivel de confianza del 95% con una precisión de +/-6 puntos porcentuales y asumiendo una tasa de no respuesta del 10%, el tamaño muestral necesario calculado es de 256 pacientes. Se estratificó la muestra por área sanitaria y ámbito rural/urbano, incluyendo 8 centros de salud representativos de cada una de las provincias de la comunidad autónoma. Se incluyeron 280 niños, 35 por cada centro de salud.

La recogida de datos se realizó mediante encuestas a madres con hijos con edades comprendidas entre los 12 y 18 meses en la consulta de Pediatría de Atención Primaria, entre los meses de enero y marzo de 2019. Las encuestas fueron entregadas a las

madres y cumplimentadas en el mismo centro de salud, supervisadas por personal sanitario. El cuestionario constó de 25 preguntas de elaboración propia y de respuesta dicotómica y multivariable (**Tabla 1**). Se registran variables de práctica de LM y LME6, y de factores favorecedores o limitantes,

como la edad de la madre, el número de hijos, el apoyo a la lactancia, etc. (**Tabla 2**).

El estudio contó con la aprobación del comité de ética e investigación clínica de La Coruña-Ferrol.

El análisis estadístico de los resultados se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 24. Se realizó

Tabla 1. Cuestionario: prevalencia de lactancia materna y sus factores favorecedores y limitantes en Galicia

Buenos días. Gracias por participar en este estudio que pretende recabar información acerca del ejercicio de la lactancia materna en Galicia. El estudio se llevará a cabo en 8 centros de salud del SERGAS. Las participantes serán madres con hijos e hijas de entre 12 y 18 meses. Como podrá comprobar, no se recoge ningún dato de carácter personal y la encuesta es totalmente anónima. La participación en la encuesta es voluntaria; la no participación en el estudio no tendrá consecuencia alguna y usted seguirá recibiendo la atención en las mismas condiciones. Agracemos su participación y contestaremos cualquier duda que pueda surgir. Una vez cumplimentada la encuesta le agradecemos que la entregue en un buzón/caja situada en la Recepción del Centro de Salud.

1. ¿Cuántos hijos tiene?:

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5
- f) Más de 5

2. ¿Qué edad tiene?:

- a) Menor de 20 años
- b) Entre 20-25 años
- c) Entre 26-30 años
- d) Entre 31-35 años
- e) Entre 36-40 años
- f) Entre 41-45 años
- g) Entre 45-50 años
- h) Mayor de 50 años

3. ¿Es usted europea?:

- a) Sí.
- b) No. Indique su continente de origen.

4. ¿Cuál de las siguientes opciones es la que mejor describe su nivel de estudios?:

- a) Estudios universitarios superiores: ingeniería superior, licenciatura o doctoramiento
- b) Estudios universitarios medios: perito, ingeniería técnica, escuelas universitarias o similar
- c) Estudios de grado superior de formación profesional FP o similar
- d) Estudios de bachillerato superior, BUP, grado medio de FP o similar
- e) Estudios de graduado escolar, EGB hasta octavo, ESO, bachillerato elemental o similar
- f) Estudios primarios incompletos: varios años de escuela, hasta 5.º
- g) Sin estudios, pero sabe leer y/o escribir
- h) No sabe leer ni escribir
- i) Otro. ¿Cuál?

5. ¿Es usted una trabajadora en activo?:

- a) Sí, pero lo dejé totalmente durante el embarazo
- b) Sí, no lo dejé totalmente durante el embarazo
- c) No

6. ¿Es usted fumadora?:

- a) Sí, pero lo dejé totalmente durante el embarazo
- b) Sí, no lo dejé totalmente durante el embarazo
- c) No

Continúa

Tabla 1. Cuestionario: prevalencia de lactancia materna y sus factores favorecedores y limitantes en Galicia (Cont.)

7. ¿Cómo fue el parto?: a) Por vía vaginal b) Por cesárea
8. ¿Después de dar a luz, en el hospital le recomendaron que le diese a su hijo/hija lactancia materna?: a) Sí b) No
9. En el hospital, antes de que le diesen el alta, ¿le dieron consejos sobre cómo dar el pecho?: a) Sí b) No
10. En el hospital, antes de que le diesen el alta, ¿algún profesional sanitario estuvo con usted durante el tiempo que duró una toma?: a) Sí b) No
11. ¿En el hospital le dieron, sin que usted lo pidiese, algún biberón?: a) Sí b) No
12. ¿Acudió usted a clases de preparación al parto?: a) Sí b) No
13. ¿Usted cree que la lactancia materna es beneficiosa para su hijo/hija?: a) Sí b) No
14. De haber acudido a clases preparto, ¿influyeron en su creencia de que la leche materna es buena para el bebé dichas clases?: a) Sí b) No
15. ¿Comenzó usted a dar lactancia materna a su hijo/hija tras el parto?: a) Sí b) No (pase a la pregunta 19)
16. ¿Mantuvo la lactancia materna exclusiva (solo leche materna) hasta los 6 meses tras el parto?: a) Sí b) No
17. ¿Mantuvo lactancia mixta (combinada con leche artificial) durante los primeros 6 meses?: a) Sí b) No
18. ¿Mantuvo la lactancia materna hasta el año de vida?: a) Sí b) No
19. ¿Dejó de dar el pecho porque su hijo/hija lo rechazó?: a) Sí b) No
20. ¿Dejó de dar el pecho porque no tenía suficiente leche?: a) Sí b) No
21. ¿Dejó de proporcionar lactancia materna por problemas en el pecho?: a) Sí b) No
22. ¿Dejó de proporcionar lactancia materna por problemas de salud suyos?: a) Sí b) No
23. ¿Dejó de proporcionar lactancia materna por un problema de salud del bebé?: a) Sí b) No

Tabla 2. Variables registradas en la encuesta

Variables independientes	Aspectos generales de la muestra	Área sanitaria
		Ámbito (rural/urbano)
		Edad
		Número de hijos
		Situación laboral (activo/desempleado)
		Nivel de estudios (alto/bajo)
		Tipo de parto (vaginal/cesárea)
		Hábito tabáquico
		Lactancia artificial en el medio hospitalario
Factores favorecedores de la lactancia materna	Factores favorecedores de la lactancia materna	Recomendación de iniciar la lactancia materna en el puerperio
		Consejos sobre la lactancia materna previos al alta hospitalaria
		Creencia en el beneficio de la lactancia materna
		Supervisión de la primera toma por personal sanitario
		Influencia clases preparto
Variables dependientes	Factores limitantes de la lactancia materna	Producción insuficiente de leche
		Rechazo del hijo
		Problemas de salud maternos
		Problemas de salud filiales
		Problemas en relación con el pecho
		Fin de la baja maternal
		Inicio de la lactancia materna
		Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad
		Lactancia mixta a los 6 meses
		Mantener lactancia maternal al año de vida

análisis bivariante con prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2) o la exacta de Fisher, considerándose variables asociadas aquellas con valores $p < 0,05$. Posteriormente, se realizó un modelo multivariante de regresión logística.

RESULTADOS

La edad del 57,9% de las 280 madres encuestadas se encontró entre 31-40 años, con un pico a los 20 años del 15,4%. La media de hijos fue de $1,51 \pm 0,65$, lo que se mantiene al estratificar la muestra por ámbito y área sanitaria. Con respecto al tipo de parto, el 19,6% de los niños nacieron mediante cesárea. En cuanto al nivel educacional y socioeconómico, el 42,9% de las madres tenían estudios superiores y el 75,4% eran trabajadoras en activo (Tabla 3).

El 85,3% iniciaron LM tras el parto, un 47,2% mantiene LME6 y un 38,9%, hasta el año. Paralelamente, un 39,1% recibió lactancia mixta durante

los primeros 6 meses. Existe una mayor prevalencia de LM en el ámbito urbano (81,3%) que en el rural (70%).

Respecto a la prevalencia de mantenimiento de LM al año, se obtuvo que un 38,9% de las madres gallegas continuaron con la LM un año después de haberla iniciado.

Se observó una mayor tasa de inicio de LM en aquellas madres que recibieron recomendaciones en el puerperio hospitalario (72,5% vs. 27,5%; $p = 0,005$) y recibieron consejos previos al alta (77,2% vs. 22,8%; $p = 0,004$), así como en aquellas madres en las que la primera toma fue presenciada por personal sanitario (81,6% vs. 16,4%; $p = 0,009$).

Se estudió la relación de LME6 con los factores previamente comentados y con los posibles factores limitantes, observándose relación estadísticamente significativa con el cese de la lactancia materna y la producción insuficiente de leche ($p < 0,01$), el tipo de parto (cesárea) ($p = 0,03$) y el tratarse de una madre trabajadora en activo ($p = 0,01$) (Tabla 4).

Tabla 3. Características generales de las madres

		N	%
Edad (años)	<20	43	15,4
	20-25	8	2,9
	26-30	38	13,6
	31-35	80	28,2
	36-40	82	29,3
	41-45	26	9,3
	46-50	3	1,1
Número de hijos	1	157	56,1
	2	103	36,8
	3	15	5,4
	4	3	1,1
Nivel de estudios	Superiores	120	42,9
	Otros	160	57,1
Hábito tabáquico	Fumadora	36	12,9
	No fumadora	242	86,4
Estado laboral	Trabajadora en activo	211	75,4
	Desempleo	68	24,3
Tipo de parto	Vaginal	217	77,5
	Cesárea	55	19,6

En relación con la lactancia mixta y LM al año de vida, son factores limitantes de las mismas: la disminución de la producción de LM, el rechazo del lactante a la misma, así como la finalización de la baja laboral ($p < 0,01$). Como factores limitantes de la LM al año, están que la madre fuera trabajadora en activo ($p < 0,01$) o que hubieran fumado durante el embarazo ($p < 0,05$), asociaciones que ya hablábamos en relación con la LME6. Destaca la asociación de la lactancia mixta a los 6 meses (LMixta6) con haber recibido lactancia artificial en el hospital ($p < 0,05$).

En relación con el área geográfica, el mayor índice de LM se da en la provincia de Lugo, con un 94,2%, siendo Orense la provincia que presenta las prevalencias más bajas.

Respecto al ámbito, se encontró un índice superior de inicio de LM en el medio rural (87,1%), con una tendencia descendente a lo largo de los meses (LME6 42% y LM al año 34,9%), al contrario de lo que sucede en el ámbito urbano. En este, el inicio de LM se establece en 83,5% con prevalencias de LME6 y LM al año superiores (53% y 43,4%, respectivamente). Se objetiva un mayor índice de LM en

Tabla 4. Factores favorecedores y limitantes de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad

		Lactancia materna (%)	No lactancia materna (%)	p
Factores favorecedores de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses	Consejos en el hospital	45,3	51,3	0,005
	Recomendaciones en el hospital	46,6	51,2	0,004
	Supervisión de la primera toma	47,1	46,9	0,009
Factores limitantes de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses	Estado laboral (trabajadora en activo)	47,9	62,9	0,04
	Problemas con el pecho	16,7	37,7	0,01
	Tipo de parto (cesárea)	28,4	71,4	0,03
	Rechazo del lactante	27,5	37,8	0,26
	Producción insuficiente de leche	12,3	46,3	0,00

el ámbito urbano en La Coruña y Vigo, tanto en su inicio como en su prolongación en el tiempo. Sin embargo, en Lugo y Orense, los índices de LM son más altos en el ámbito rural, salvo la LME6 en Lugo, cuya prevalencia es superior en el ámbito urbano. La regresión logística mostró que las madres que recibían recomendaciones en el hospital o si la primera toma era supervisada por un profesional tenían 3,18 y 2,8 veces más probabilidad de iniciar LM, respectivamente. El parto vaginal tenía 2,44 veces más posibilidades de mantener la LME6 y madres con estudios superiores tenían 2,1 veces más probabilidad de mantener la LM al año de vida. Sin embargo, la oferta de biberón en las primeras horas de vida fue un factor limitante del inicio de LM (*odds ratio [OR]* 0,4). Además, que la madre fuese trabajadora activa OR 0,40 (0,19-0,84) o que habitara en el ámbito rural OR 0,55 (0,27-0,93) son factores limitantes de la LME6.

Se observó que mantener la LM a pesar de problemas en la mama o tras la finalización de la baja laboral favorece la continuidad de LM al año de vida con OR de 16,2 y 16,5, respectivamente, así como mantener la LME6, a pesar de problemas de salud maternos OR 9,42 (2,32-38,22).

DISCUSIÓN

En este estudio observamos, en Galicia, una prevalencia de inicio de LM elevada (85,3%), superior a los índices obtenidos en países vecinos como Francia (63%), Irlanda (44%) o el Reino Unido (77%)^{27,28}, superior a la prevalencia de EE. UU. (76%)²⁴ y a la obtenida en diferentes partes de África²². Sin embargo, es inferior a la presentada en Italia (91,6%)²⁹, países nórdicos (100%)²⁶ o Australia (90%)²³. Nuestros datos pueden deberse a una buena información a las embarazadas sobre los importantes beneficios que ofrece la lactancia natural y consejos a la hora de ponerla en práctica¹⁰.

Si comparamos este porcentaje con otros datos españoles, vemos que es inferior al obtenido en Cataluña (90,7%)³⁰ y en Madrid (88%)⁵, destacando positivamente el presentado en áreas como Lugo

(94,2%) y Vigo (91,3%). La prevalencia en la provincia de Orense (73,9%) es similar a la de EE. UU.²⁴ y a la de Reino Unido^{27,28}. Por tanto, podemos hablar de unos buenos índices de comienzo de LM en Galicia en general, aunque existe margen de mejora hasta conseguir el 100% de madres lactantes que recomienda la OMS.

Los resultados obtenidos sobre LME6 fueron, a nivel gallego, del 47,2%, 4 puntos más que lo que se obtuvo en el estudio de UNICEF a nivel mundial, e inferior a lo observado en países del sur de Asia (60%)²². Está muy cerca del objetivo de 50% de LME6 propuesto a nivel mundial para 2025³¹. Si lo comparamos con Australia (2%)²³ y EE. UU. (16%)²⁴, la prevalencia en la población gallega estudiada de LME6 es muy superior. Además, el porcentaje es superior a todos los datos que tenemos sobre otros países europeos: Países Nórdicos <20%²⁷, Reino Unido <1%⁸, Italia 5,5% (en 2016)⁹. Aunque en la mayoría de las áreas estudiadas se obtengan índices de LME6 superiores al resto de la Unión Europea, en Orense la prevalencia (37,5%) es muy inferior al resto de Galicia, lo que parece indicar la necesidad de establecer estrategias más intensivas en esta área. En España, los datos que poseemos muestran índices inferiores a los gallegos: en la ENS de 2017, 39% de LME6³⁰; el estudio ELOIN de 2017 a nivel de la Comunidad de Madrid establece un 25,4% de LME6⁵ y en Guipúzcoa, en 2015, se observa un 15,4% de LME6^{11,14}. En el área de Vigo obtuvimos un 44,4% de LME6, que es inferior a los datos obtenidos en un estudio realizado en esa área en el 2017 (50,3%)¹⁹.

Se observa un menor índice de LME6 en el mundo rural, si bien en Galicia son bastante cercanos al objetivo propuesto a nivel mundial.

No disponemos de muchos datos de estudios previos en cuanto al mantenimiento LM al año, pero sabemos que en un estudio en Vigo (2017) el 34,62% de las madres con bebés entre los 12 y los 18 meses seguían proporcionando LM¹⁹, similar al dato que obtuvimos de LM al año en esta área (37,7%). Un estudio a nivel italiano de 2016 también nos ofrece esta prevalencia: 32,5% de LM al año, algo inferior al índice gallego²⁹.

A la vista de los resultados observamos que el comienzo de LM en Galicia está asociado al área sanitaria y a factores que planteamos como posibles favorecedores de LM: la recomendación de iniciar LM en el hospital, los consejos sobre lactancia o la supervisión de un profesional de la primera toma. Sin embargo, la oferta de un biberón en el hospital se comporta como un factor predictor limitante de comienzo de LM. Por otra parte, vivir en La Coruña, Lugo y Vigo aumenta las probabilidades de comenzar la LM frente a vivir en Orense.

En relación con el mantenimiento de la lactancia, se observan diferentes asociaciones: se encontró relación entre LME6 y área sanitaria, situación laboral de la madre, tipo de parto y que la madre hubiera fumado durante el embarazo, destacando el hecho de que ser madre trabajadora disminuye algo más de la mitad las probabilidades de proporcionar LME6 ($OR = 0,40$) comportándose, por lo tanto, como un factor predictor limitante de la misma. Estos datos también se correlacionan con los obtenidos en otros estudios realizados en nuestro medio, como el estudio INMA en Guipúzcoa 14. En cambio, el parto vaginal actuaría como factor favorecedor de la misma, aumentando más del doble la probabilidad de mantener LME6. Sería recomendable que en el medio hospitalario se facilitara iniciar la LM a aquellas madres que han tenido una cesárea, así como instar a las instituciones gubernamentales a facilitar una baja laboral que permita mantener la LME6.

Respecto al mantenimiento de la LM hasta el año, nos hallamos ante una situación similar a la LME6, asociándose a la situación laboral de la madre y el hábito tabáquico activo. Un mayor nivel de estudios aumenta algo más del doble la probabilidad de mantener LM al año, debiéndose dar mayor apoyo a las madres primerizas y de menor clase social, quienes tienen mayor riesgo de abandono de la LM^{14,32,33}.

El abandono de la LM por la incorporación de la mujer al trabajo pone de manifiesto que la implicación de los gobiernos en política de conciliación es fundamental para alcanzar los objetivos fijados por la

OMS. Otras medidas podrían estar enfocadas a una mayor información y apoyo por parte de los pediatras de AP para evitar posibles causas de abandono, como el rechazo de las tomas o la producción insuficiente de leche, que se solventarían con apoyo para una correcta técnica de lactancia^{32,33}.

Por último, se ha observado que la prevalencia de inicio de la LM es superior en el ámbito rural que en el urbano. Sin embargo, la LME6 es superior en el ámbito urbano, destacando que pertenecer al ámbito rural disminuye a la mitad de las probabilidades de mantener la LME6. Serían necesarios más estudios para verificar estos hallazgos, así como detectar los posibles factores limitantes que provoquen estas diferencias.

En conclusión, la prevalencia de LM fue superior en nuestro estudio en comparación con estudios nacionales e internacionales y cercanos a lo propuesto por la OMS como objetivo para 2025. Las medidas tempranas administradas en el hospital, así como la supervisión de la primera toma, podrían favorecer la LM, y no solo al comienzo, sino también en su mantenimiento, siendo de vital importancia el apoyo por parte de los pediatras de Atención Primaria para aplacar posibles causas de abandono evitables, como el rechazo de las tomas o la producción insuficiente de leche; ambas con solución, en algunos casos, con una correcta técnica de lactancia.

Limitaciones. El diseño del estudio, con una encuesta anónima no aleatorizada, supone que existe un posible sesgo de selección, probablemente sobreestimando la prevalencia, dado que parece razonable pensar que aquellas mujeres que mantuvieron la lactancia al menos 6 meses estuvieran más predispuestas a responderla. Además, el hecho de que sea anónima no nos permite intentar encuestar proactivamente a las mujeres que no respondieron, para valorar si difieren o no de las que sí respondieron. De todas formas, la congruencia de resultados con otros trabajos y el hecho de que sea un estudio multicéntrico con unidades distribuidas por toda Galicia nos hace pensar que no se ha afectado la validez externa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leung AKC, Sauve RS. Breast is best for babies. *J Natl Med Assoc.* 2005;97:1010-9.
2. González JL, Valls T, Mosquera E, Herranz M, López Y, Sanromán MJ, et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud de Val Miñor. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2008;10:603-16.
3. Turck D. Breast feeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;12:14565.
4. Lawrence RM, Pane CA. Human breast milk: current concepts of immunology and infectious diseases. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2007;37:7-36.
5. Ramiro MD, Ortiz H, Arana C, Esparza MJ, Cortés O, Terol M, et al. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio ELOIN. *An Pediatr (Barc).* 2018;89:32-43.
6. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007;153:1-186.
7. Horta BL, Loret de Mola C, Victoria CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:14-9.
8. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krusevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387:475-90.
9. Bellantuono C, Migliarese G, Maggioni F, Imperadore G. Antidepressant drugs and breastfeeding. *Recenti Prod Med.* 2007;98:2942.
10. Recomendaciones para la Lactancia Materna. En: Asociación Española de Pediatría (2005). Comité de Lactancia Materna [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en www.aeped.es

ABREVIATURAS

AP: Atención Primaria • **ENS:** Encuesta Nacional de Salud
LM: lactancia materna • **LME6:** lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad • **LMixta6:** lactancia mixta a los 6 meses • **OR:** odds ratio.

11. Pallás CR. Lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2003;5:69-88.
12. Rodicio MM, Abadi A, Silveira M, Rodríguez MJ, Andrés A, Vázquez M. Trends and course of breastfeeding in the north of Lugo, Spain. *Acta Pediatr Esp.* 2007;65:6-11.
13. Esteves TRB, Daumas RP, Oliveira MI, Andrade CA, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Rev Saude Publica.* 2014;48:697-708.
14. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina I, Villa M, et al. 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;29:4-9.
15. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13:33-46.
16. Narramore N. Supporting breastfeeding mothers on children's wards: an overview. *Paediatr Nurs.* 2007;19:18-21.
17. Pallás C, Soriano J, Grupo PrevInfad. Apoyo a la Lactancia Materna en atención Primaria. 2018. En: Previnfad [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en <http://previnfad.aepap.org/monografia/lactancia-materna#introduccion>
18. Management of breast conditions and other breastfeeding difficulties. World Health Organization. 2009.
19. Rodríguez-Pérez MJ. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91:e1-e9.
20. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 08/08/2022]. Disponible en www.aeped.es

21. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo I, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10017):475-90.
22. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. En: United Nations Children's Fund UNICEF. October 2016 ISBN: 978-92-806-48522 [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en <https://www.unicef.org/media/49801/file/From-the-first-hour-of-life-ENG.pdf>
23. National Infant Feeding Survey: 2010. Australian National Infant Feeding Survey: Indicator Results. En: Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2011 [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927
24. Breastfeeding report card-United States 2013. En: Centers for Disease Control and Prevention [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm
25. Hunt F. Breast feeding and society. *Paediatr Nurse.* 2006;18:24-6.
26. Baerug A, Bjoerneboe G, Tufte E, Forum KR. Implementation of the WHO multicentre growth reference study in Norway. *Food Nutr Bull.* 2004;25:S72-S77.
27. CO1.5: Breastfeeding rates OECD Family database. En: OECD - Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en www.oecd.org/els/family/43136964.pdf
28. Black I-A. Research and Information Service briefing paper: Breastfeeding rates. En: North Ireland Assembly, NIAR Publication number 392-11. 2011 [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en www.niassembly.gov.uk/Documents/RaISe/Publications/2011/Health/14811.pdf
29. Lauria I, Spinelli A, Grandolfo M. Prevalence of breastfeeding in Italy: a population based follow-up study. *Ann Ist Super Sanita.* 2016, 52(3):457-61.
30. Encuesta Nacional de Salud. En: Instituto Nacional de Estadística, 2006 [en línea] [consultado el 08/06/2022]. Disponible en www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
31. Ortiz-Marrón H, Cuadrado-Gamarra JJ, Vasallo ME, Cortés-Rico O, Sánchez-Díaz J, Galán-Labaca I, et al. Estudio Longitudinal de Obesidad Infantil (ELOIN): Diseño, participación y características de la muestra. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:521-3.
32. Comprehensive Implementation Plan on Maternal Infant and Young Child Nutritional. En: World Health Organization 2014 [en línea] [consultado el 06/06/2022]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113048/1/WHO_NMHD_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1
33. Ruowei I, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics.* 2008;122:S69-76.