

**LACTANCIA MATERNA: FACTORES  
CONDICIONANTES.**

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

**BREASTFEEDING: CONDITIONING FACTORS.**

**BIBLIOGRAPHIC REVIEW.**

Autores: Mónica Robledillo López, Montserrat Sáez Navarro y María  
Consuelo Toledo García.

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.



Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: [editorial@acreditiformacion.com](mailto:editorial@acreditiformacion.com)

[www.acreditiformacion.com](http://www.acreditiformacion.com)

[www.publicacionescientificas.es](http://www.publicacionescientificas.es)

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por cualquier medio,  
electrónico o mecánico,

ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información

sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro

es responsabilidad exclusiva de los autores.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-10097-29-2

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La lactancia materna es el método de alimentación básico y más completo para el recién nacido. Por ello, es recomendado por las principales organizaciones de la salud durante 6 meses de forma exclusiva y hasta los 2 años en combinación con una adecuada alimentación para el lactante. Esta ha sufrido variaciones a lo largo de la historia y con ellas, en muchas ocasiones se han perdido los beneficios que conlleva para madres, hijos y la sociedad. Identificar los factores asociados a su duración es importante para potenciar aquellos que contribuyen al mantenimiento y promocionar así la lactancia materna.

**OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia, los factores asociados al mantenimiento y las causas de abandono de la lactancia materna.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y se han incluido estudios de los últimos 10 años que recogen factores que afectan al inicio, mantenimiento o cese de la lactancia materna. Se han consultado las siguientes bases de datos: Pubmed, Ebsco host (Cinhal), Cochrane, Biomed, Scielo y MEDES. Finalmente, se han seleccionado para esta revisión 11 artículos que reunían los criterios de inclusión.

**RESULTADOS:** Tras la realización de la revisión se han encontrado numerosos factores que condicionan la lactancia. Unos influyen positivamente como puede ser tener un mayor nivel de estudios, haber asistido a clases de preparación al parto, tener un parto vaginal, haber dado lactancia anteriormente, no usar chupete ni ayudas ocasionales de fórmulas favorecen el mantenimiento de la lactancia materna. Por el contrario, ser fumadora, primípara y pertenecer a una clase social más baja acorta la lactancia.

Las causas más argumentadas para el abandono son la hipogalactia, la escasa ganancia de peso, la reincorporación al trabajo, el dolor, la mastitis, la enfermedad materno-infantil y el rechazo del bebé a la lactancia materna.

**Palabras Clave:** Lactancia materna, destete, prevalencia, factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Breastfeeding is the basic and most complete feeding method for the newborn. Therefore, it is recommended by the main health organizations for 6 months exclusively and up to 2 years in combination

with adequate nutrition for the infant. This has undergone variations throughout history and with them, on many occasions the benefits that it entails for mothers, children and society have been lost. Identify the factors associated with its duration is important to enhance those who have maintenance and thus promote breastfeeding.

**OBJECTIVES:** To know the prevalence, the factors associated with maintenance and the causes of abandonment of breastfeeding.

**MATERIAL AND METHODS:** A bibliographic search has been carried out and studies of the last 10 years have been included that include factors that affect the initiation, maintenance or cessation of breastfeeding. The following databases have been consulted: Pubmed, Ebsco host (Cinhal), Cochrane, Biomed, Scielo and MEDES. Finally, 11 articles that met the inclusion criteria were selected for this review.

**RESULTS:** After carrying out the review, numerous factors conditioning lactation have been found. Some have a positive influence, such as having a higher level of education, having attended birth preparation classes, having a vaginal delivery, having previously breastfed, not using a pacifier or occasional formula aids favor the maintenance of breastfeeding. In

contrast, being a smoker, primiparous and belonging to a lower social class shortens breastfeeding.

The most argued causes for abandonment are hypogalactia, poor weight gain, return to work, pain, mastitis, maternal and child illness, and the baby's refusal to breastfeed.

**Keywords:** Breastfeeding, weaning, prevalence, risk factors.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
------------------------------	-----------

<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.....</b>	<b>26</b>
<b>4.4. FACTORES QUE CONDICIONAN EL MANTENIMIENTO Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.....</b>	<b>29</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1. LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS.....</b>	<b>43</b>
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>45</b>
<b>7. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA.....</b>	<b>46</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 1: TABLA DE EVIDENCIAS.....</b>	<b>59</b>



## SIGLAS

- **LM:** Lactancia Materna.
- **LA:** Lactancia Artificial.
- **RN:** Recién Nacido.
- **LME:** Lactancia Materna Exclusiva.
- **LMPre:** Lactancia Materna Predominante.
- **LMP:** Lactancia Materna Parcial.
- **LMMix:** Lactancia Materna Mixta.
- **LMC:** Lactancia Materna Complementaria.
- **LA:** Lactancia Artificial.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund.
- **ENS:** Encuesta Nacional de Salud.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística.
- **AMS:** Asamblea Mundial de la Salud.
- **IHAN:** Iniciativa Hospital Amigo de los Niños.

- **SIGN:** Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- **LMCom:** Lactancia Materna Completa.
- **LMTot:** Lactancia Materna Total.
- **WIC:** Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.

## 1. INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) desde épocas primitivas, es considerada la forma de alimentación básica para los neonatos. La tendencia a ser elegida como primera opción se ha ido modificando por diferentes motivos a lo largo de la historia, entre ellos destacamos la obtención de fórmulas adaptadas a partir de leche de origen animal, la incorporación de la mujer al mundo laboral, que desembocó en el uso de lactancia artificial (LA), la creencia de que los avances científicos serían mejor que los métodos tradicionales de alimentación, el aumento del movimiento feminista, los intereses de las industrias alimenticias y por último, las influencias directas que ejercían los sanitarios dándole confianza plena a las fórmulas infantiles. <sup>(1)</sup>

En el estudio de este campo, no solo se incluye una definición general de LM como el acto materno de proporcionar leche al recién nacido (RN), sino que se pueden encontrar subtipos de esa definición general con el fin de conseguir un estudio más amplio del proceso que constituye la alimentación en los primeros meses de vida: <sup>(2)</sup>

- Lactancia materna exclusiva (LME): el lactante se alimenta exclusivamente de leche materna, pudiendo recibir jarabes y otros

medicamentos. Se permite que la leche materna sea extraída previamente.

- Lactancia materna predominante (LMPre): el lactante se alimenta predominantemente de leche materna, pudiendo recibir líquidos como infusiones o zumos. No permite leche de origen animal ni alimentos licuados.
- Lactancia materna parcial (LMP) o lactancia materna mixta (LMMix): el lactante se alimenta de leche materna, pudiendo recibir otros alimentos o líquidos como puede ser leche animal o fórmulas preparadas. La leche puede ser extraída previamente.
- Lactancia materna complementaria (LMC): el lactante se alimenta de leche materna y de alimentos sólidos o semisólidos, pudiendo recibir leche animal o artificial.
- Lactancia artificial (LA): el lactante se alimenta de fórmulas preparadas compatibles con los RN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) *“recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.”*<sup>(3)</sup>

Igualmente la OMS junto con UNICEF aconsejan que se *“comience con la lactancia en la primera hora de vida, utilizándose únicamente la leche materna como fuente de alimento, evitando otros alimentos o bebidas incluyendo el agua, que la lactancia se haga a demanda del recién nacido y que se eviten los biberones, las tetinas y los chupetes”*.<sup>(4)</sup>

El objetivo de la OMS es que para el año 2025 los índices de LME en la primera fase de alimentación materno-infantil se encuentren cerca del 50%.<sup>(5)</sup>

En la actualidad, mundialmente el 45% de las mujeres comienzan la lactancia antes de la primera hora de vida. Por otra parte, el 43% de los recién nacidos es amamantado de forma exclusiva hasta los 5 meses de vida. Sin embargo a los 6-8 meses el 64% de los niños toman alimentos semi-sólidos. Pasado el primer año y hasta los 15 meses, el 74% continúan con la lactancia materna disminuyendo al 46% entre los 20 y 23 meses.<sup>(6)</sup>

Theurich MA et al, en un estudio de 2019 realizado en 11 países europeos, observó una tasa de inicio de lactancia materna situada entre el 56% y el 98%. A los seis meses continuaban con LME un 25% (13%-39%) y no exclusiva de un 38% a un 71%, perteneciendo los porcentajes más elevados a Noruega con un 71%, Suecia con un 61% y Alemania con un 57%.<sup>(7)</sup>

En España, consultando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2017, podemos extraer que un 73,9% de las progenitoras utilizaba la LM para alimentar a sus hijos durante las primeras 6 semanas; porcentaje que bajaba un 10% al cumplir 3 meses. Llegados a los 6 meses la LA se imponía a la LM con un 41,6% frente a un 39%.<sup>(8)</sup>

A pesar de estas cifras, a la LM se le siguen atribuyendo múltiples beneficios dado los componentes inmunológicos y nutritivos que contiene y que son necesarios para el adecuado desarrollo del RN, adaptando su fórmula en función de las necesidades del niño. También influye muy positivamente en la creación del vínculo psicoafectivo madre-hijo cubriendo aspectos sociales y psicológicos.<sup>(9,10)</sup>

Son múltiples los beneficios a corto y largo plazo que puede aportar la alimentación basada en leche materna que no se consiguen con fórmulas artificiales tanto para las madres como para los RN, mejorando su salud y por ende la de la comunidad.

En primer lugar, los hijos de madres que optan por el método tradicional obtienen menores tasas de otitis, infecciones respiratorias, gastrointestinales, urinarias, merma la mortalidad por síndrome de muerte súbita del lactante, ayuda a que los bebés se sientan protegidos, tienen mejor desarrollo dental con menos caries y ortodancias, mejora el

desarrollo cognitivo, brinda protección frente a los linfomas y otros tipos de cáncer, disminuye el riesgo de alergias, hipertensión, colesterol, obesidad, celiaquía, diabetes y enfermedad inflamatoria intestinal. <sup>(11)</sup>

Por otra parte, la LM favorece las contracciones uterinas tras el parto lo que resulta un beneficio para las mujeres. También, ayuda en la prevención de hemorragias post-parto, reduce el riesgo de anemia, ayuda a la recuperación del peso que se tenía antes del embarazo, mejora la autoestima, disminuye el riesgo de cáncer de mama y ovario y mejora los niveles de calcio en los huesos cuando llega la menopausia. <sup>(11)</sup>

Entre los efectos que produce la LM en la comunidad encontramos una reducción del presupuesto destinado al tratamiento de problemas de salud como los mencionados anteriormente, reducción de la contaminación, por lo que se eliminan residuos y plásticos producidos por el consumo de lactancia artificial, y además es completamente gratuita. <sup>(11)</sup>

La OMS y UNICEF para la regulación de las influencias a las que la LM se ve sometida y recuperar la cultura del amamantamiento fomentando su promoción y protección, en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 1974 recomendaron la puesta en marcha de medidas que disminuyesen la propaganda de los preparados de LA. En 1979, realizaron un documento sobre “Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño” en el que se insistía

la importancia que tenía la regularización en el comercio y propaganda de la LA, tras esto, se aprobó en 1981 el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. En 1989 realizaron la Declaración conjunta sobre “Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna” destacando la función esencial de los servicios de maternidad en el proceso para el mejor acceso de la sociedad a la información. Concluyendo en 1991 toda esta lucha por incrementar las cifras con la puesta en práctica de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN). Esta consistía en la implantación de 10 pasos claves para la LM en los centros sanitarios, coordinando las políticas y prácticas de los mismos. <sup>(1)</sup>

<b>CLAVES IHAN PARA LA LM</b>	
<b>PASO 1</b>	Guías y protocolos de actuación para profesionales.
<b>PASO 2</b>	Formación de los profesionales.
<b>PASO 3</b>	Informar a todas las mujeres embarazadas de los beneficios que la LM tiene para ambos.
<b>PASO 4</b>	Incentivar que la LM se comience antes de la primera hora de vida del RN.
<b>PASO 5</b>	Ayudar a las madres con la LM y promover su mantenimiento incluso cuando por causas externas tengan que estar separados.



<b>PASO 6</b>	No dar otros alimentos o bebidas a los RN salvo por indicación médica.
<b>PASO 7</b>	Facilitar que la madre y el RN se separen lo menos posible.
<b>PASO 8</b>	Promover la LM a demanda.
<b>PASO 9</b>	No utilizar tetinas ni chupetes.
<b>PASO 10</b>	Fomentar los grupos de apoyo a la LM tras la salida del hospital.

*Tabla 1. Fuente: Elaboración propia.*

Se observó que tras la puesta en marcha y la investigación de los resultados obtenidos, en 55 de los 58 estudios realizados había relación entre la consecución de los diez pasos y la LM, además en varios de ellos se encontró que el número de pasos realizados y duración de la lactancia materna se relacionaba de manera directamente proporcional. <sup>(12)</sup>

En España hoy en día ha conseguido la acreditación IHAN 18 hospitales y se encuentran en proceso de conseguirlo 100 más. Respecto a centros de salud, son en total 283, de los cuales 5 han obtenido la acreditación y 278 se encuentran dentro del proceso de acreditación. <sup>(13)</sup>

En la actualidad, son múltiples los factores que provocan, bien que las mujeres no inicien la LM o el abandono precoz de la misma en nuestro entorno, como son la edad, el nivel de estudios, la paridad, el tipo de parto,

el peso del RN, el trabajo materno, las experiencias previas, el uso del chupete, hipogalactia... Otros factores, relacionadas con el sistema de salud y la atención recibida, como las clases de preparación al parto, asesoramiento en la LM, la entrega de muestras de fórmulas artificiales, el consejo de los sanitarios... también son factores que condicionan a las mujeres para dar de lactar o no.<sup>(14)</sup>

Determinar cuáles son los factores y las razones por las que se inicia y luego se abandona precozmente la LM, es fundamental para identificar aquellos aspectos sobre los que se puede hacer mayor hincapié desde el sistema de salud y mejorar las intervenciones dedicadas a un aspecto de la vida tan importante como es la alimentación infantil en las primeras etapas de la vida.

Por esa razón me he planteado hacer esta revisión bibliográfica.

## **2. OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Conocer los factores que condicionan la LM.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Conocer la prevalencia de LM en España y otros países.
2. Identificar los factores que condicionan el mantenimiento de la misma.
3. Conocer las principales causas de abandono de la LM.

## **3. MATERIAL Y MÉTODO**

### **3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Este trabajo se ha diseñado como una revisión bibliográfica. El proceso de la búsqueda y elección de los artículos comenzó en diciembre de 2019 y finalizó en abril de 2020.

### **3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

La realización de la búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Ebsco host (Cinhal), Cochrane, Biomed, Scielo y MEDES.

Para la búsqueda se utilizaron descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y otros descriptores intuitivos. En inglés se utilizaron: “breastfeeding”, “lactating”, “barriers”, “obstacles”, “difficulties”, “risk factors”, “breastfeeding cessation”, “stop breastfeeding”. Para la búsqueda en español se han utilizado las palabras clave “lactancia” y “abandono”. Todos los términos se combinaron con los términos booleanos AND y OR como se muestra en la Tabla 1.

FUENTES	BUSQUEDA REALIZADA	FILTROS	RESULTADOS
CINAHL	<p>“Breastfeeding” OR “Lactating” AND  “Barriers” OR “Obstacles” OR “Difficulties”  OR “Risk factors” AND “Stop breastfeeding”  OR “Stop breastfeeding”</p>	10 años	487
PUBMED	<p>“Breastfeeding” OR “Lactating” AND  “Barriers” OR “Obstacles” OR “Difficulties”  OR “Risk factors” AND “Stop breastfeeding”  OR “Stop breastfeeding”</p>	10 años	87
COCHRANE	<p>“Breastfeeding” OR “Lactating” AND  “Barriers” OR “Obstacles” OR “Difficulties”  OR “Risk factors” AND “Stop breastfeeding”  OR “Stop breastfeeding”</p>	10 años	18

<b>BIOMED</b>	“Breastfeeding” <b>OR</b> “Lactating” <b>AND</b> “Barriers” <b>OR</b> “Obstacles” <b>OR</b> “Difficulties” <b>OR</b> “Risk factors” <b>AND</b> “Stop breastfeeding”  <b>OR</b> “Stop breastfeeding”	----	190
<b>SCIELO</b>	“Lactancia” <b>AND</b> “Abandono”	10 años	44
<b>MEDES</b>	“Lactancia” <b>AND</b> “Abandono”	10 años	44

Tabla 2. Fuente: Elaboración propia.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

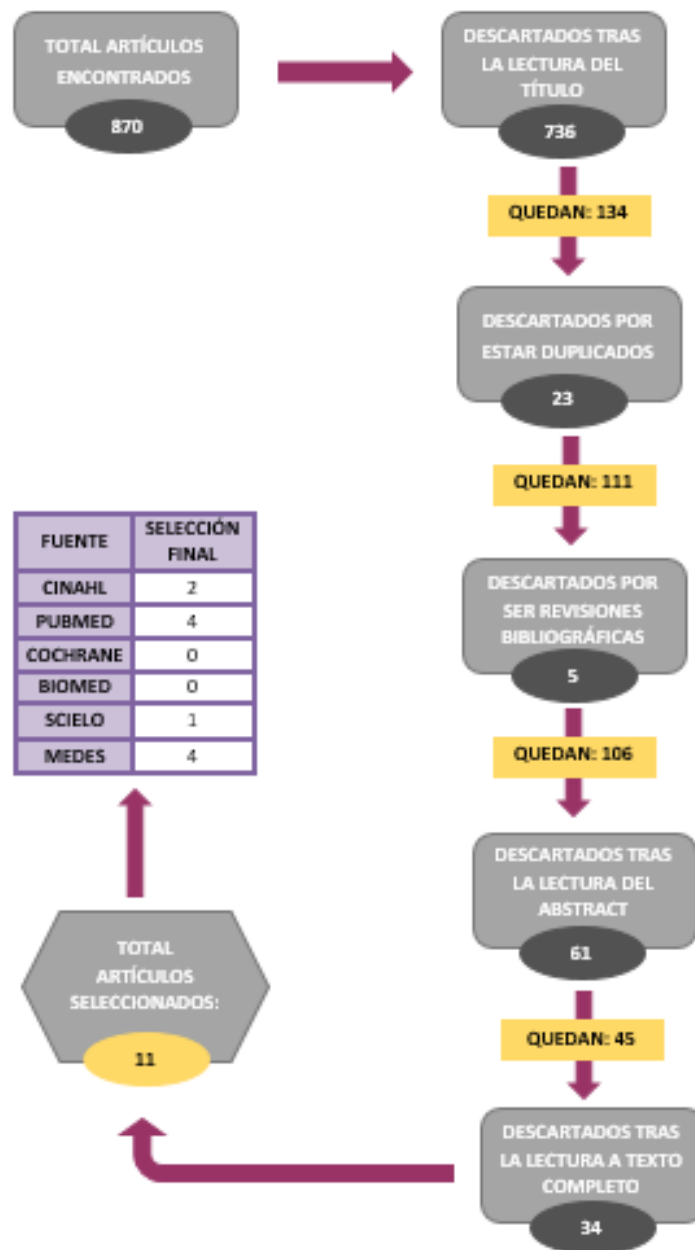
- Artículos publicados tanto en inglés como en español.
- Artículos publicados desde 2010 hasta la actualidad.
- Artículos originales a texto completo.
- Artículos que recojan factores que afectan inicio, mantenimiento o cese de la lactancia materna.

Como resultado, se encontraron 870 artículos que se redujeron aplicando una serie de filtros. Tras la lectura del título se eliminaron 736, almacenando los restantes en carpetas según las distintas bases de datos, para el posterior manejo de los mismos, se eliminaron 23 duplicados, se suprimieron 5 revisiones bibliográficas, quedando así 106 artículos. Tras la lectura del contenido de los abstracts se descartaron 61, quedando 45 para la lectura completa. El proceso finalizó con la selección de 11 artículos que

se adaptaban a los objetivos buscados como puede observarse en el siguiente diagrama de flujo.

*Figura 1: Diagrama de flujo.*

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



Los 11 estudios incluidos se analizaron en cuanto a autor, país, ámbito, diseño del estudio, objetivo, muestra, resultados, instrumentos de medida y nivel de evidencia.

Este análisis queda resumido en la Tabla del Anexo 1.

Tras todo esto, se determinó el nivel de evidencia de los estudios con ayuda de la clasificación “Scottish Intercollegiate Guidelines Network” (SIGN).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

Tras la revisión bibliográfica se incluyeron 11 artículos, de los cuales 5<sup>(15, 22, 23, 24, 25)</sup> estaban escritos en inglés y 6<sup>(16, 17, 18, 19, 20, 21)</sup> en español. Entre los tipos de estudios encontramos que 2 son observacionales analíticos de cohortes<sup>(15, 24)</sup>, el resto son observacionales descriptivos: 2 transversales<sup>(17, 19)</sup>, 2 retrospectivos<sup>(18, 21)</sup> y 5 prospectivos<sup>(16, 20, 22, 23, 25)</sup>.

Las fechas de publicación se sitúan entre 2010<sup>(15, 17)</sup> y 2019<sup>(22, 25)</sup>.

Los países en los que se realizaron fueron España<sup>(15, 16, 17, 18, 19, 20, 21)</sup>, Taiwán<sup>(25)</sup>, EE.UU<sup>(23)</sup>, Italia<sup>(22)</sup> y Australia<sup>(24)</sup>.

La mayoría de los estudios se realizaron en el ámbito hospitalario<sup>(16, 17, 20, 22, 24, 25)</sup>, y en atención primaria<sup>(15, 18, 19, 21)</sup> y uno se realizó en domicilios<sup>(23)</sup>.

El tiempo que las mujeres dieron de mamar es distinto en cada estudio, oscila entre los 2<sup>(25)</sup> y los 14<sup>(16)</sup> meses de vida del RN.

Solo 6 de los estudios tienen un apartado de conflicto de intereses afirmando no tener ninguno<sup>(16, 18, 19, 20, 22, 25)</sup>. En los demás no aparece esta sección de manera aislada pero tampoco declaran tenerlo<sup>(15, 17, 21, 23, 24)</sup>.



Por último, las limitaciones y sesgos aparecen como una sección separada en el estudio de Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> y en el de Cox K et al <sup>(24)</sup>. En el resto se encuentran mencionadas dentro del apartado de discusión <sup>(15, 16, 17, 18, 20, 22, 23 25)</sup>, exceptuando Sacristán Martín AM et al <sup>(21)</sup> que no menciona limitaciones.

## **4.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS**

El tamaño muestral más pequeño es el de Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup>, con 52 mujeres y el mayor, el de Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> con 2627 mujeres.

La edad media materna es muy similar en todos, se sitúan entre 29,23 años <sup>(17)</sup> y 32,9 años <sup>(21)</sup>. En el estudio de Gianni ML et al <sup>(22)</sup> hay dos medias de edad distintas, una para las que completan el estudio (35,5 años) y otra para las que no lo hacen (34,9 años). En el de Odom EC et al <sup>(23)</sup> la edad se divide en grupos etarios siendo el mayor el de madres con más de 35 años.

Los datos sobre las parejas de madres e hijos se recogen a través de cuestionarios <sup>(17, 19, 23, 24,)</sup> y entrevistas <sup>(15, 25)</sup>. En los realizados por Rius JM et al <sup>(20)</sup> y Gianni ML et al <sup>(22)</sup> se utilizaron tanto cuestionarios como entrevistas. Se utilizaron cuestionarios y datos extraídos de las historias clínicas de las participantes en 3 de los estudios. <sup>(16, 18, 21)</sup>

### **4.3. PREVALENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA**

Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup> en un estudio realizado en las consultas de las matronas de Elda con un total de 248 parejas de madres e hijos encontró que en el primer mes postparto la prevalencia de LME era del 67,7%, siendo de un 58,1% y de un 12,5% a los 3 y 6 meses respectivamente. En cambio, para la LM (incluyendo aquellos bebés que tomaban leche materna en la proporción que fuese) la prevalencia en el primer mes fue de 80,6%, a los 3 meses de 70,6% y a los 6 meses de 38,3%.

Oribe M et al <sup>(16)</sup> contó con 460 mujeres embarazadas mayores de 16 años, captadas en la ecografía de seguimiento de la semana 12 en el Hospital de Zumarraga. La prevalencia de LME tras el parto en esta ocasión fue de 84,8%, disminuyendo al 53,7% y al 15,4% a los 4 y 6 meses.

Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup>, también estudia a un grupo de 52 mujeres a las que les correspondía el Hospital Ciudad de Jaén y acudieron a la visita del niño sano a los 4 meses. La prevalencia de la LME postparto fue del 96,2%, disminuyó al 34,6% a los 4 meses ya que el 51,9% pasó a dar LA a sus hijos y el 13,5% LMmix.

Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup>, realizó un estudio en un centro de salud de Granada que agrupaba a 60 niños y a sus madres. En él, la prevalencia de

LME tras el parto fue de 71,7% frente al 15% de las madres que optaron por LMmix. El 13,3% dio LA al nacimiento. A los 3 meses la cifra de LME disminuyó al 58% aumentándose la LMmix (20%) y la LA (22%). A los 6 meses casi la mitad de la muestra daba LA (48,4%); continuaban con LME un 43,3% y con LMmix un 8,3%.

El estudio de Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> agrupaba como LM todos los tipos de lactancia incluida la LME. De las 2627 madres estudiadas, el 88% inició LM, de ellas comenzaron LME un 77,6%. A los 6 meses la LA se situaba en un 50,6% frente al 25,4% de LME y el 24% del resto de tipos de lactancia. Estas fueron disminuyendo en favor de la LA en los 12 meses estudiados.

En el estudio llevado a cabo por Rius JM et al <sup>(20)</sup>, se analizaron en un hospital de Valencia a 452 parejas de madres e hijos. La prevalencia de LM al nacimiento (incluyendo a todos los niños que recibían leche materna independientemente de la proporción o si consumían otros líquidos) era del 81% frente al 19% que eligieron LA. Abandonando la LM hasta los 3 meses de vida el 28,7% de las madres, por lo que porcentaje de mujeres que continuaban LM en ese punto del estudio fue 71,3%.

En la investigación de Sacristán Martín AM et al <sup>(21)</sup>, se captaron de forma retrospectiva a 804 madres a través de las historias clínicas de los niños que tenían de 6 a 12 meses de vida y acudieron a las consultas de atención

primaria de Castilla y León. Las prevalencias de la LME, LMMix y LA al nacimiento fueron de 82,7%, 8,6% y 8,6% respectivamente. La LME fue disminuyendo gradualmente y a los 4 meses su porcentaje se situó en un 64,9%. Finalmente, a los 6 meses solo continuaba con LME el 27,1%.

Gianni ML et al <sup>(22)</sup>, realizó un estudio en Lombardía con 792 madres. La prevalencia de LME al inicio del estudio fue 95%, descendió en el primer mes al 73% y a los 3 meses al 68%. Respecto a LMPre (daban leche materna agua y bebidas a base de agua), al nacimiento ninguna madre optó por ella, este porcentaje creció al 1% en el primer mes y se mantuvo a los 3 meses; en lo referente a la LMC (daban leche materna, de fórmula y otros líquidos que no eran lácteos), al inicio del estudio fue del 5% aumentando hasta ser un 19% en el primer mes y disminuyendo al 14% a los 3 meses. Por último, ninguna mujer dio LA al inicio, al mes lo hizo un 7% y a los 3 meses un 17%.

Cox K et al <sup>(24)</sup>, estudió a 427 madres que vivían en pueblos de WA. Al alta el 97,7% de las madres habían iniciado LM de algún tipo, de estas, el 82,7% dio LME descendiendo a los 4 meses al 35,6% y al 5,7% a los 6 meses. A los 12 meses la prevalencia de niños que tomaban leche materna fue del 36,4%.

Chang PC et al <sup>(25)</sup>, incluyó en su estudio a 1077 madres >20 años. En el primer mes postparto, el 40.1% de las madres mantenían LME frente

al 59,88% que habían elegido LMP o LA, al final del segundo mes estudiado estos valores cayeron a un 29.3% de LME y creciendo el conjunto de LMP y LA a 70,7%.

#### **4.4. FACTORES QUE CONDICIONAN EL MANTENIMIENTO Y CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA**

En el estudio de Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup> se encontró que el 33,1% de las mujeres tenía estudios superiores a EGB lo que se relaciona significativamente con una mayor duración de LME y LM (LME  $p=0,04$  y LM  $p<0,001$ ). También encontró significación estadística entre una mayor duración de LME y LM y el hecho de haber alimentado 5 meses o más a sus hijos anteriores con lactancia materna (LME y LM:  $p <0,001$ ) o para aquellas madres que calificaron esta experiencia anterior como muy positiva (18,3%) (LME:  $p<0,001$  y LM:  $p=0,001$ ). El 78,6% de la muestra había planeado dar lactancia durante 6 meses o más asociándose esto también positivamente con el mantenimiento (LME  $p=0,006$  y LM  $p=0,003$ ). No usar chupete y no dar LA en el hospital hizo que durase más la LME ( $p=0,008$  y  $p<0,001$ ), en cambio para la duración de LM no fue significativo el uso de LA en el hospital ( $p=0,03$ ). El 20,9% no asistió a clases de preparación al parto siendo esto un

factor que influye negativamente para la continuación de ambos tipos de lactancia (LME  $p=0,003$  y LM  $p=0,02$ ).

El análisis realizado por Oribe M et al <sup>(16)</sup> muestra que las madres indecisas durante el embarazo sobre qué método de alimentación elegir, las primíparas y las que pertenecían a una clase social más baja, abandonaban la LME a los 4 meses en mayor proporción, con una significación estadística de ( $p<0,001$ ,  $p=0,018$  y  $p=0,029$ ) respectivamente, a partir de entonces y hasta los 6 meses introducían más LA, aquellas mujeres con una baja por maternidad que duraba entre 4 y 6 meses ( $p=0,040$ ).

El 31,1% de las mujeres alegó motivos de trabajo para el abandono de la LME, además de esta causa, la hipogalactia se mencionó en un 19,4% de los casos, el escaso aumento de peso en un 10,6% y problemas con la lactancia en un 9,8%. El grupo calificado como otros motivos representó el 15,0% de las razones para el abandono.

Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup>, expuso en su estudio que, a los 4 meses, el 87,5% de mujeres que tuvieron un parto inducido abandonaron la LME, frente al 55,6% de las que habían tenido un parto espontáneo ( $p=0,037$ ). Las madres que eligieron la LM por considerarla más cómoda que la LA y las que habían recibido información sobre este método de alimentación por parte de los

familiares mantuvieron la lactancia por más tiempo teniendo ambos factores una asociación significativa ( $p=0,008$  y  $p=0,041$ ).

El autor recoge como razones más argumentadas para el abandono de LM en el 4º mes: la hipogalactia (26,47%), el rechazo del RN a la LM (17,65%), la enfermedad del RN (11,76%) y que el bebé se quedaba con hambre (8,82%). El porcentaje más grande le corresponde a un grupo clasificado como otras (35,29%), pero no se especifica qué razones engloba.

Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup>, vio que las madres fumadoras tenían una duración media de LME de  $1,55\pm 2,38$  meses mientras que las que no fumaban mantenían la LME por  $3,74\pm 2,55$  meses ( $p=0,016$ ). El otro factor significativo fue el nivel de estudios ya que cuanto mayor era, la duración aumentaba ( $p=0,018$ ). La media de meses de LME para las que tenían la ESO era de  $1,83\pm 2,37$  meses, para las que habían cursado bachiller era de  $2,88\pm 2,94$  meses y por último en las que tenían estudios universitarios la media era de  $4,13\pm 2,34$  meses.

Las causas por las que las madres abandonaron la lactancia fueron la hipogalactia (57,1%), el trabajo (23,8%), la dificultad en las tomas relacionada con grietas o pezones planos (14,3%) y la enfermedad materna (4,7%).

Los resultados mostrados por Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> reflejaban que las madres de 20-35 años ( $p=0,039$ ) y  $>35$  años ( $p=0,021$ ) mantenían en mayor proporción la LME hasta los 6 meses que las menores de 20 años, igualmente sucedía con las que habían recibido clases después del parto para el apoyo de la lactancia ( $p=0,007$ ) o con las extranjeras que llevaban menos de 10 años en España ( $p=0,007$ ). Pertenecer a la clase media se asociaba negativamente con el mantenimiento de LME a los 6 meses ( $p=0,004$ ).

Las razones más argumentadas por las madres para el abandono de la LM fueron: hipogalactia (32,3%), trabajo (25,9%), pensar que era el momento para finalizarla (14,2%) y que el bebé no quisiera lactar (12,4%).

Rius JM et al <sup>(20)</sup> observó que las mujeres que fumaban antes del embarazo, las que lo dejaron durante el embarazo y las que mantuvieron el hábito, abandonaron precozmente la LM ( $p=0,000$ ). De la misma manera, también abandonaron antes las madres que se habían sometido a técnicas de reproducción asistida ( $p=0,001$ ).

Los casos en que no se había usado LA con hijos anteriores ( $p=0,004$ ), las madres que durante la estancia hospitalaria no proporcionaron ayudas de LA a sus RN ( $p=0,000$ ), las que no precisaron pezoneras ( $p=0,000$ ) y las que no usaron el chupete en el primer mes de vida ( $p=0,019$ ), tuvieron una



duración mayor de LM. El nivel de estudios de las madres que continuaban con LM a los 3 meses era más alto que el de las que abandonaban ( $p=0,014$ ). Por último, las que acudieron a clases de preparación al parto junto con las que sentían que tenían leche suficiente tuvieron una duración mayor de la LM ( $p=0,015$  y  $p=0,022$ ), siendo ambos factores de protección.

Sacristán Martín AM et al <sup>(21)</sup>, en su estudio vio que el 17,5% de las madres eran fumadoras, asociándose negativamente este hábito tabáquico al mantenimiento de LME y LMT (LME+LMMix) a los 4 y 6 meses ( $p <0,05$  y  $p=0,01$ ).

Las razones más mencionadas por las madres para el cese de LME fueron la hipogalactia (29,7%), la escasa ganancia de peso (20,5%) y el trabajo (11,8%).

En los resultados que Gianni ML et al <sup>(22)</sup> presenta, se advirtió que, a los tres meses de edad de los RN, las madres que no tenían dificultades con la lactancia ( $p<0,0001$ ) y las que recibieron apoyo en caso de presentarse alguna dificultad ( $p=0,005$ ) continuaron con LME.

La hipogalactia, la reincorporación al trabajo, los problemas de succión del RN y pensar que la leche no tenía calidad nutricional suficiente, se relacionaban con el abandono de la LME a los 3 meses en mayor proporción

( $p < 0,0001$  para todos). Igualmente se relacionaba el abandono con el dolor en los pezones ( $p = 0,024$ ) y la mastitis ( $p = 0,022$ ). Por último, tener un parto vaginal fue un factor protector ( $p = 0,009$ ) para el mantenimiento de LME a los 3 meses.

Odom EC et al <sup>(23)</sup>, estudió a 1177 mujeres estadounidenses con 18 años o más. El 60% no amamantó todo lo que deseaba a su RN frente al 40% que sí lo pudo hacer.

Entre las que no consiguieron sus objetivos de tiempo de LM, había una mayor proporción de mujeres solteras (23,9%), multíparas (36,0%), con menor nivel de estudios (19,8%) y que habían sido participantes en el WIC (40,5%) (Programa que ayuda a la mejora de la nutrición en mujeres, bebés y niños con bajos ingresos).

Entre las razones que supusieron un incremento del riesgo para no conseguir los objetivos de LM y por lo tanto para el abandono de la misma se encontraron problemas de succión, dolor o grietas en los pezones, congestión mamaria, abscesos en las mamas, hipogalactia, pensar que el niño se quedaba con hambre, problemas con la subida de leche, pensar que el bebé no ganaba suficiente peso o que los profesionales lo confirmaran,

enfermedad materna o del bebé y dificultades para la extracción de leche (OR: 4,42-1,28).

En el estudio de Cox K et al <sup>(24)</sup> la duración media de LME hasta los 6 meses fue significativamente mayor en las madres con IMC <30 (13 semanas  $p<0,001$ ), en las que volvieron al trabajo después de los 6 meses (14 semanas  $p=0,029$ ), en las que no fumaron durante el embarazo (10 semanas  $p=0,001$ ) y en las que la actitud hacia la lactancia fue positiva (16 semanas  $p<0,001$ ). Estos factores (excepto el retorno al trabajo) también afectaron positivamente a la media de duración hasta los 12 meses del grupo “otros tipos de lactancia”, además de la percepción positiva de la lactancia por parte de la pareja (27 semanas  $p<0,001$ ).

Según lo recogido por Chang PC et al <sup>(25)</sup> la edad media de las madres que abandonaban la LME en el primer mes fue de  $32,28\pm 5,12$  años y en el segundo mes de  $32,33\pm 5,21$  años, siendo más jóvenes aquellas que continuaban con LME. El 64,65% de las madres que habían tenido una cesárea abandonaron en el primer mes. En el segundo, el porcentaje de abandono por cesárea fue del 75,08%, por lo que las madres con partos vaginales tuvieron menores tasas de abandono ( $p=0,049$  para ambos meses). Entre otros factores significativos para el abandono de LME encontró el nivel de estudios (1<sup>er</sup> mes  $p=0,008$  y 2<sup>o</sup> mes  $p=0,002$ ). Las

madres que abandonaron en el primer mes y no tenían título universitario representaban el 66,67%, en el segundo mes el porcentaje de estas fue de 76,34%, siendo menor porcentaje para las que sí tenían estudios universitarios en ambos meses. Las multíparas dieron más LME que las primíparas con un 46,68% en el primer mes y un 36,29% en el segundo mes ( $p < 0,001$  para ambos meses).

Las razones que mencionaron las mujeres en más ocasiones para el abandono de la LM en el primer mes fueron: hipogalactia (43,73%), factores relacionados con el niño (7,96%) y decisión materna (6,96%). En el segundo mes persistió la hipogalactia como primera razón con un 40,39%, el segundo lugar lo ocupó la decisión materna (8,73%) y en el tercero se encontraba el regreso al trabajo (3,62%).

## 5. DISCUSIÓN

Entre los estudios situados en el territorio español, las prevalencias de LME al nacimiento varían de un 67,7% <sup>(15)</sup> hasta un 96,2% <sup>(17)</sup>, disminuyendo a los 6 meses a cifras que oscilan entre 12,5% <sup>(15)</sup> y un 43,3% <sup>(18)</sup>. Fuera de España la prevalencia varía entre el 95% al nacimiento en Italia <sup>(22)</sup> y el 40% al primer mes en Taiwán, <sup>(25)</sup> descendiendo en los meses siguientes en todos los países y llegando hasta el 5,7% a los 6 meses en Australia. A nivel europeo, en un estudio del año 2017 <sup>(7)</sup>, Noruega presentaba una prevalencia de LME a los 6 meses del 71% y a nivel mundial, el 43% de las madres lacta de forma exclusiva hasta los 5 meses de vida <sup>(5)</sup> viéndose una clara diferencia entre esto y los datos recogidos en los estudios que componen nuestro trabajo, dejándose ver que aún existe un déficit de políticas incentivadoras de la lactancia materna.

Las altas cifras de LME en el postparto inmediato pueden deberse a que las mujeres son conscientes de los múltiples beneficios de la LM para sus hijos. Las diferencias entre prevalencias también pueden deberse a las distintas interpretaciones de los tipos de lactancia que realizan los estudios ya que, aunque en la mayoría de los casos se adaptan a los términos de la OMS, hay algunas variaciones; además puede deberse a que los diferentes países

tienen políticas y pensamientos heterogéneos derivados de la cultura en cuanto al amamantamiento, incluso el cambio es notorio entre las distintas comunidades de España estudiadas.

Las prevalencias expuestas no llegan a los niveles aconsejados por organizaciones internacionales como la OMS <sup>(5)</sup>, que recomienda la LME hasta los 6 meses y una extensión de la LM hasta los dos años de vida y a programas como “Healthy People” <sup>(26)</sup>, que, en 2010, fijó como objetivo prevalencias de un 75% de LME al nacimiento y de un 50% a los 6 meses de vida.

Respecto las tasas de otros tipos de lactancia y excluyendo la LME, hay que destacar que existe mucha variabilidad conceptual que dificulta la comparación entre ellas como ya hemos mencionado anteriormente. Por ejemplo, Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup> engloba en un mismo concepto de LM a todos los tipos de lactancia (LMPre, LMMix, LMC), mientras que otros autores como Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup>, Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup> o Gianni ML et al <sup>(22)</sup>, tratan los tipos de lactancia con sus respectivos porcentajes por separado. Lo que se puede decir es que las prevalencias son muy bajas para ser periodos de estudio que como máximo alcanzan los 14 meses, intuyéndose que muchas de las madres no darán LM a sus hijos hasta los 2 años.

Los lugares donde se sitúan los estudios de Gianni ML et al <sup>(22)</sup> y Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup> tienen implantadas diferentes medidas para la protección y promoción de la lactancia, lo que se traduce en cifras más altas de LM.

Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup>, Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup>, Rius JM et al <sup>(20)</sup>, Odon EC et al <sup>(23)</sup> y Chang PC et al <sup>(25)</sup> coinciden en que hay una asociación significativa entre las mujeres que tienen un mayor nivel de estudios y el mantenimiento de la lactancia por más tiempo. Esto puede deberse a que aquellas con un mayor nivel de estudios pueden tener acceso a más recursos y más información sobre la lactancia. Oribe M et al <sup>(16)</sup> Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> y Odom EC et al <sup>(23)</sup> afirman que el hecho de pertenecer a una clase social menor influye negativamente en el mantenimiento de la LM, esto puede estar relacionado con haber tenido un menor nivel de estudios y con la necesidad de trabajar, interrumpiendo así la lactancia.

Aquellas madres que habían dado lactancia anteriormente <sup>(15)</sup> y no habían usado LA con hijos anteriores <sup>(20)</sup> alargaron también la lactancia. Tener experiencia previa puede hacer que conozcan cómo se desarrolla el proceso de la lactancia y que obtengan información de primera mano sobre las posibles dificultades. Valorar positivamente las experiencias previas de lactancia <sup>(15)</sup> y tener actitudes positivas hacia la LM el momento que se está desarrollando en madres y en sus parejas <sup>(24)</sup> favorece la continuación de la

misma. Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup> y Oribe M et al <sup>(16)</sup> coincidieron en señalar que las madres que tenían planeado previamente dar lactancia durante 6 meses o más mantenían más tiempo la lactancia.

Para Roig Oliver A et al <sup>(15)</sup> y Rius JM et al <sup>(20)</sup> evitar el uso del chupete en el hospital y durante el primer mes, favoreció el mantenimiento de LM, al igual que coinciden en que las que no usan LA en el hospital amamantan por más tiempo, esto coincide a su vez con los principios del IHAN que aconsejan que no se utilicen tetinas ni chupetes y que la lactancia sea a demanda <sup>(1)</sup>.

Asistir a clases de preparación al parto <sup>(15, 20)</sup>, recibir algún apoyo por parte del sistema sanitario para la continuación y hacer frente a las dificultades <sup>(19, 22)</sup> fue significativo para una mayor duración de lactancia. Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup> es el único que obtiene una asociación positiva entre que la información sobre la lactancia sea proporcionada por la familia y la duración de la LM. Es de suponer que la información impartida por un profesional va a tener mayor calidad pero las mujeres del estudio de Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup> pueden darle un valor mayor a la de los familiares ya que es un aspecto muy subjetivo, además, la muestra del estudio es muy pequeña y eso podría alterar los resultados.



Cuando el parto se produce de una forma más natural como es el caso de los partos vaginales <sup>(22, 25)</sup> y espontáneos <sup>(17)</sup> se obtienen mejores resultados para la continuación de la LM. Los partos inducidos o cesáreas podrían retrasar la recuperación del parto y dificultar la instauración de la LM.

Cuartero Gómez V et al <sup>(18)</sup>, Sacristán Martín AM et al <sup>(21)</sup> y Cox K et al <sup>(24)</sup> coinciden en señalar que el hábito tabáquico es un factor significativo para el abandono de la lactancia. Según Rius JM et al <sup>(20)</sup>, no solo hay mayor riesgo de abandono en las madres fumadoras previas al embarazo, si no que el riesgo no varía prácticamente nada entre las que prosiguen fumando durante el embarazo o las que lo dejan durante la gestación y tras ella retoman este hábito. Este factor es externo y por tanto modificable con mayor educación sanitaria.

Ramiro González MD et al <sup>(19)</sup> encontró significativo para el mantenimiento de la LM tener más de 35 años, al contrario que Chang PC et al <sup>(25)</sup> que refleja que las <32 años lactan durante más tiempo. Esta diferencia puede deberse a la proporción de mujeres de esa edad de cada una de las muestras, ya que la diferencia de edad son 3 años.

Ser primípara se asocia normalmente con un mayor abandono de la LM <sup>(16, 24, 25)</sup>, el único estudio que parece contradecir esto es el de Odom EC et al

<sup>(23)</sup> ya que explica que las multíparas son a las que les cuesta más lograr su objetivo, pero puede deberse a que sus objetivos tras una primera experiencia sean mayores y por lo tanto dificulta su cumplimiento.

Solamente Rius JM et al <sup>(20)</sup> encontró significación entre el uso de técnicas de reproducción asistida y el riesgo de abandono, Cox K et al <sup>(24)</sup> encontró que la obesidad previa al embarazo se relacionaba con el abandono y por último Martínez Galiano JM <sup>(17)</sup> vio que la comodidad de dar LM frente a LA que referían las madres fue un factor protector. Pero estos factores por solo aparecer en un estudio, no nos permiten sacar conclusiones y se deberían profundizar en futuras investigaciones.

La percepción de hipogalactia es la razón por excelencia para el abandono, <sup>(16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25)</sup> por lo que se aprecia es muy común este sentimiento entre las mujeres y podría deberse a que cualquier llanto por parte de los bebés se considera una muestra de hambre y muchas veces podría no corresponderse con la realidad. Por el contrario, sentir que se tiene suficiente leche al alta es un factor protector de la LM <sup>(20)</sup>. La escasa ganancia de peso del RN <sup>(16, 17, 21, 23)</sup> percibida por las madres, puede estar influenciada por creencias como que la LM no es suficiente para alimentar a los RN ya que con las fórmulas se gana peso más rápidamente.

Casi todos los autores <sup>(16, 18, 19, 21, 22, 24, 25)</sup> identifican la reincorporación al trabajo como una razón de peso para el abandono de la LME. Puede deberse a la dificultad para compatibilizar las tomas a demanda y la vida laboral.

En menor medida a las anteriores, pero también muy mencionadas para el abandono se encuentran: el rechazo de la LM por parte del bebé <sup>(17, 19)</sup>, sensación de hambre en el bebé <sup>(17)</sup>, enfermedad de la madre <sup>(18, 23)</sup>, enfermedad del bebé <sup>(17, 23)</sup>, grietas o pezones planos <sup>(15, 18)</sup>, dolor <sup>(22, 23)</sup> y mastitis o abscesos <sup>(22, 23)</sup>. En algunos de los cuestionarios que cumplimentaban las mujeres, se incluía un grupo llamado “otros motivos” <sup>(16,17)</sup> que tenía bastante peso, pudiéndose interpretar que las madres que no se sentían dentro de ninguna de las razones expuestas marcaban esa opción por lo que englobaría diversos factores que desconocemos.

## **5.1. LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS**

Durante el proceso de búsqueda y selección de los artículos más adecuados para el desarrollo del trabajo nos encontramos con diferentes limitaciones.

Entre las limitaciones encontradas podemos citar que, solo se han admitido artículos en inglés y español por lo que pueden haberse perdido estudios publicados en otros idiomas; sumado a ello, solo se han cogido artículos de

bases de datos libres por lo que se ha perdido material publicado que fuese de pago. La LM es un proceso que no se puede controlar por eso esta revisión cuenta con estudios observacionales descriptivos en los que nivel de evidencia es bajo y además algunos son retrospectivos por lo que pueden conllevar un sesgo de memoria. Los tamaños de las muestras pueden limitar la inferencia de los resultados ya que a veces consiguieron muestras menores a las esperadas. Los cuestionarios para la recogida de datos y las entrevistas pueden presentar variaciones por la subjetividad, ya que pueden tener dudas a la hora de interpretar las respuestas. Finalmente, la variabilidad en cuanto a tipos de lactancia hace difícil la unificación de los criterios para obtener conclusiones.

## 6. CONCLUSIONES

La prevalencia de la lactancia está por debajo de los niveles recomendables por las principales organizaciones. La LME se instaura tras el parto en un gran número de mujeres, a los 3-4 meses se ve reducida drásticamente y pocas son las que la mantienen hasta los 6 meses. A los 12 meses, solo una minoría de los bebés recibe algo de leche materna.

Las mujeres con un alto nivel de estudios, con experiencia previa, que tengan actitudes positivas hacia la LM y tengan planeado dar lactancia antes del parto mantienen por más tiempo la lactancia, igualmente ocurre con las madres que tiene partos espontáneos y vaginales. Además, evitar el uso del chupete y de ayudas ocasionales de fórmulas y asistir a clases de preparación al parto contribuye positivamente a la duración de la lactancia.

Las mujeres primíparas, fumadoras, con menor clase social tienden a mantener menos tiempo la lactancia.

Las causas principales por las que las mujeres abandonan la lactancia son: hipogalactia, reincorporación al trabajo, escasa ganancia de peso del niño, enfermedad materna o del bebé, rechazo por parte del bebé de la LM, grietas, mastitis y dolor.

## 7. REPERCUSIONES

MONTSERRAT:

Al inicio de esta revisión bibliográfica pensábamos que la lactancia materna exclusiva era una actividad muy extendida entre las madres y que no suponía tantos factores desagradables para las mujeres que pudiesen implicar el abandono de la misma con todas las repercusiones que eso puede conllevar tanto en la madre como en el hijo. Suponíamos que la mayoría de las madres tendrían una buena predisposición para el mismo ya que de manera popular se conoce que tiene muchísimos beneficios para los pequeños.

Con la consulta de las cifras por parte de organizaciones como la OMS nos alarmamos porque estábamos convencidas de que no era un proceso que abandonasen tantas mujeres a lo largo de su maternidad con lo que ello conlleva a nivel de salud para los recién nacidos y al consultarlas entendimos la importancia de ahondar en el estudio de algo tan primitivo y tan necesario como la alimentación materno-infantil.

Ahora tenemos en cuenta que es muy importante para la lactancia materna exclusiva todo lo relacionado con la experiencia pre intra y post parto de las

madres lactantes. También las opiniones y los juicios de los familiares y alrededores ya que en la carga emocional de ser madre tiene gran relevancia el hecho de poder ser capaz de alimentar a su hijo y este periodo es vivido por muchas mujeres como algo traumático, del mismo modo esa mujer transmitirá su experiencia agradable o no a conocidas y familiares sobre las que influirá.

Influyen características como si se ha hecho una cesárea o si la mujer ha sufrido una episiotomía durante el parto.

Por otro lado, factores sociales como el tabaco y la incorporación al trabajo deben tenerse en cuenta porque implican mayores tasas de abandono.

La edad de las parturientas tiene grandes repercusiones de ahí la necesidad de una mayor educación para la salud y que las madres opten a todos los recursos que estén a su disposición y si no hay suficientes deberían implantarse medidas de apoyo a aquellas primerizas que estén en riesgo de abandono de lactancia materna exclusiva.

En nuestra opinión es necesaria una mayor implicación del sistema de salud, sobre todo en materia económica para que se puedan crear proyectos que sensibilicen a las madres en la causa de la lactancia y se les preste la ayuda necesaria en cada momento de su proceso.

MÓNICA:

En cuanto a las alimentaciones preparadas, se les debería dar una menor propaganda sobre todo por parte de las instituciones ya que los profesionales como pueden ser médicos o como podemos ser las enfermeras podemos influir de manera negativa en la lactancia exclusiva ya que muchas personas piensan que tenemos verdades absolutas que muchas veces no tenemos por mucho que seamos profesionales y más en estos casos en los que el factor subjetivo tiene una gran implicación.

Es necesario que por parte de la atención primaria se prioricen las consultas sobre lactancia materna ya que es algo que aunque sea instintivo conlleva un aprendizaje extra en una situación en la que las mujeres están muy vulnerables a nivel emocional por el proceso y el cambio tan grande que conlleva la llegada de un nuevo miembro a la familia.

El apoyo hacia las madres por parte del sistema de salud durante la lactancia debería ser una prioridad para la organización ya que las cifras de abandono de lactancia materna exclusiva en los primeros meses de vida de los pequeños son preocupantes. Por mucho que las fórmulas están muy conseguidas y que son un buen recurso para aquellas que realmente lo necesitan hay que intentar apoyar de manera prioritaria a aquellas que



puedan hacerlo y que lo intenten y por supuesto apoyar a las que aunque lo hayan intentado no han podido.

Además de enseñar cuáles son los beneficios y a que las madres identifiquen posibles efectos adversos y como resolverlos, se deberían crear programas desde las consultas de las matronas en atención primaria para realizar el seguimiento de aquellas mujeres que estén amamantando a sus hijos e intentar poder resolver las dificultades que se les presenten al igual que se hacen con los programas de preparación al parto.

Con ello se podría aumentar la adherencia y con ello la prevalencia de la lactancia hasta conseguir llevar las cifras a las recomendaciones de las principales organizaciones.

MARIA CONSUELO:

Es necesaria la creación de protocolos y guías de práctica clínica de manera urgente para el desarrollo de una mejor protección y promoción de la lactancia materna, de esta manera se unificaría la educación maternal y no influiría el factor subjetivo del profesional y del centro hospitalario en el que se ha producido el parto.

Por último, debería incrementarse la duración de la baja por maternidad para poder centrarse en estos aspectos en los primeros meses de vida ya

que este factor implica una mejor supervivencia de los pequeños y una menor morbilidad lo que supondría un menor colapso de los centros de salud.

Por otro lado las bajas de paternidad deberían también alargarse para promover el apoyo y la ayuda hacia las madres ya que la reincorporación temprana al trabajo supone un riesgo para la continuación de la LME.

Es necesario o así pensamos nosotras que hay que minimizar la estancia hospitalaria o por lo menos así creemos que se hace pero durante esa estancia hospitalaria que comprende las primeras horas del recién nacido el personal sanitario debe estar implicado en la ayuda a que la lactancia salga adelante ya que las primeras experiencias siempre marcan y más sin son desagradables.

Para ello los trabajadores se deberán formar en estos aspectos y actualizarse para poder dar una educación para la salud lo más veraz posible.

Esta formación será una responsabilidad de la gestión de cada centro y deberá ser obligatoria como lo son muchas otras charlas y ponencias sobre otras técnicas más invasivas.

Hay que recordar que no solo hay que prestar atención a los enfermos ya que esta etapa de la vida de una mujer sana conlleva muchísimas novedades a las que se enfrentan en muchas ocasiones solas y sin ninguna ayuda por parte del sistema.

Estas formaciones deberán estar proporcionadas de manera gratuita y en horario laboral para aquellos sanitarios que se encuentren en estos servicios.

Por otro lado las matronas que son aquellas que se forman más a conciencia en estos aspectos no deberían estar solo en las salas de partos sino que podrían impartir talleres en las plantas por ejemplo ya que para eso el EIR supone una especialización en dicha materia.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paricio Talayero, JM. Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna: guía para profesionales. 1.ª ed., Madrid: Ergon; 2004. pp. 7–26.

2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. [consultado el 10 de Diciembre 2019]. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1. Definiciones (4-12). Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44156/9789243596662_spa.pdf?sequence=1)

3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizada 2019; consultada el 10 de Diciembre de 2019]. Temas de salud. Lactancia materna. Disponible en:

<https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 [actualizada 2019; consultada el 10 de Diciembre de 2019]. Nutrición. Temas de nutrición. Lactancia materna exclusiva. Disponible en:

[https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)

5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [consultado el 10 de Diciembre 2019]. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño (6-9). Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO\\_NMH\\_NHD\\_15\\_spa.pdf;jsessionid=C3AD0C6EFAD85674C3371EBF460C0D8E?s](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/130456/WHO_NMH_NHD_15_spa.pdf;jsessionid=C3AD0C6EFAD85674C3371EBF460C0D8E?s)

6. United Nations Children's Fund [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2016. [consultado el 12 de Diciembre de 2019]. From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere (25-56). Disponible en:

[https://www.unicef.org/publications/index\\_93027.html](https://www.unicef.org/publications/index_93027.html)

7. Theurich MA., Davanzo R., Busck-Rasmussen M., Díaz-Gómez NM., Brennan C., Kylberg, E., et al. Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition [Internet]. 2019 Marzo. [consultado el 18 de Diciembre de 2019]; 68 (3): 400–407. Disponible en:

[https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2019/03000/Breastfeeding\\_Rates\\_and\\_Programs\\_in\\_Europe\\_A.26.aspx](https://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2019/03000/Breastfeeding_Rates_and_Programs_in_Europe_A.26.aspx)

8. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2019 [actualizado 21 Octubre 2019; consultado el 15 de Diciembre de 2019]. Mujeres y hombres en España. 4.6 Determinantes de salud (sobrepeso, consumo de fruta y verdura, tipo de lactancia, actividad física). Disponible en:

[https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888)

9. Borre YM, Cortina C, González G. Lactancia materna exclusiva: ¿la conocen las madres realmente? Rev. Cuid. [Internet] 2014 [consultado el 12 de Diciembre de 2019]; 5(2): 723–730. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/286851161\\_Lactancia\\_materna\\_exclusiva\\_la\\_conocen\\_las\\_madres\\_realmente](https://www.researchgate.net/publication/286851161_Lactancia_materna_exclusiva_la_conocen_las_madres_realmente)

10. Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Lactancia Materna. En: Protocolos Diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. 2.ª ed., Madrid: Ergón; 2010. p. 279-286.

11. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría [Internet]. Madrid: AEP; 2017. [consultado el 12 de Diciembre de 2019].

Lactancia materna, el mejor inicio para ambos (1-5). Disponible en:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf>

12. Pérez-Escamilla R., Martínez JL., Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*. 2016; 12 (3): 402-417.

13. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia [Internet]. Madrid: IHAN; 2019 [actualizada abril 2019; consultada el 8 de Abril de 2020]. Centros Sanitarios. Disponible en:

<https://www.ihan.es/centros-sanitarios/>

14. Hernández Aguilar MT. Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *Lactancia Materna: guía para profesionales*. 1.ª ed., Madrid: Ergon; 2004. pp. 31-44.

15. Roig Oliver A, Martínez Richart M, García Cabrero J, Hoyos Pérez S, Navidad Laguna G, Álvarez Flores JC et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev. Latino-Am. Enfermagem (English Edition)*. 2010 Junio; 18(3): 373-380.
16. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar 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. *Gaceta Sanitaria [Internet]*. 2015 Febrero; 29(1): 4-9.
17. Martínez Galiano JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enfermería*. 2010 Julio/ Agosto; 13 (6):61–67.
18. Cuartero Gómez V, Padilla Vinuesa M del C, Sánchez Martínez F, Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Factores que influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. *Metas de Enfermería*. 2018; 21(8):5.
19. Ramiro González MD, Ortiz Marrón H, Arana Cañedo-Argüelles C, Esparza Olcina MJ, Cortés Rico O, Terol Claramonte 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 *Anales de Pediatría*. 2018 Julio; 89 (1): 32-43.



20. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales de Pediatría*. 2014 Enero; 80 (1): 6-15.

21. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2011 Marzo; 13 (49): 33-46.

22. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L et al. Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients* [Internet]. 2019 [consultado el 15 de Enero de 2020]; 11 (10): 2266. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/335954776\\_Breastfeeding\\_Difficulties\\_and\\_Risk\\_for\\_Early\\_Breastfeeding\\_Cessation](https://www.researchgate.net/publication/335954776_Breastfeeding_Difficulties_and_Risk_for_Early_Breastfeeding_Cessation)

23. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* [Internet]. 2013 Marzo [consultado el 15 de Enero de 2020]; 131 (3): 726-732. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861949/>

24. Cox K, Binns CW, Giglia R. Predictors of breastfeeding duration for rural women in a high-income country: evidence from a cohort study. *Acta Pædiatrica* [Internet]. 2015 Agosto [consultado el 15 de Enero de 2020]; 104 (8): 350-359. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25772350/>

25. Chang PC, Li SF, Yang HY, Wang LC, Weng CY, Chen KF et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *International Breastfeeding Journal* [Internet]. 2019 Mayo [consultado el 15 de Enero de 2020]; 14 (1): 18. Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/332923296\\_Factors\\_associated\\_with\\_cessation\\_of\\_exclusive\\_breastfeeding\\_at\\_1\\_and\\_2\\_months\\_postpartum\\_in\\_Taiwan](https://www.researchgate.net/publication/332923296_Factors_associated_with_cessation_of_exclusive_breastfeeding_at_1_and_2_months_postpartum_in_Taiwan)

26. Gil Urquiza MT, Álvarez MT, Barranco J, Barcenillas MJ, Arozamena R, López S et al. Lactancia materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria en un Área Sanitaria de Cantabria. *Nuberos Científica*. 2010; 1 (1): 40-49.

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: TABLA DE EVIDENCIAS

AUTOR , AÑO Y REVISTA	PAÍS Y ÁMBITO	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA E INSTRUMENTO DE MEDIDA	RESULTADOS	NIVEL DE EVIDENCIA
-----------------------------	---------------------	--------	----------	---------------------------------------	------------	--------------------------

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

<b>Oliver</b>	-	-	-	-Madres que	-Prevalencia LME 1 <sup>er</sup> /3 <sup>er</sup> /6 <sup>e</sup>	-C
<b>Roig A</b>	Espa	Observa	Averigua	habían	mes: 67,7%/ 58,1%/ 12,5%.	2+/2-
<b>et al</b>	ña,	cional	r los	proporcionado	-Prevalencia LM 1 <sup>er</sup> /3 <sup>er</sup> /6 <sup>e</sup>	
<b>(2010).</b>	Elda.	analítico	factores	LM (n=248).	mes: 80,6%/ 70,6%/ 38,3%.	
<b>(15)</b>		de	que se			
	-	cohortes	relacion	-Entrevistas	-Tener estudios superiores a	
<b>Rev.</b>	Aten	.	an con la	personales en el	EGB, haber dado LM >5	
<b>Latino-</b>	ción		LME y la	1 <sup>er</sup> mes	meses anteriormente, tener	
<b>Am.</b>			LM	postparto y	una experiencia previa muy	

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Enferma gem.	prim aria.		hasta los 6 meses postpart o.	entrevistas telefónicas a los 4 y 6 meses postparto.  -Se utilizan las definiciones de la OMS para las variables LM y	positiva, planear dar LM ≥6 meses, no usar chupete en el hospital y asistir a clases de preparación al parto fueron factores positivos para el mantenimiento de LME y LM.	
-----------------	---------------	--	--	---	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

				LME, presentando esta última como LMCom.	-No usar LA en el hospital solo es significativo para la duración de LME.	
<b>Oribe M et al (2015). (16)</b>	- Espa ña, Guip	- Observa cional descripti	- Conocer la prevalen	-Mujeres embarazadas >16 años, que acudían al	-Prevalencia LME postparto/ 4º/6º mes: 84,8%/ 53,7%/ 15,4%.	-D3

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Rev. Gac. San.	úcoa . - Hospi tal.	vo, prospect ivo.	cia de LME en la cohorte estudiad a y compara rla internac	Hospital de Zumarraga a su primera ecografía (n= 460). Excluidas: embarazos gemelares y de alto riesgo.	-Madres indecisas sobre el método de alimentación, primíparas y de clase social baja abandonaban LME a los 4 meses en mayor proporción.  -En el periodo de los 4 a los 6 meses introducían más LA
----------------------	---------------------------------	-------------------------	--	---	---

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			ionalme nte. - Determi nar los factores sociode mográfic	-Cuestionarios presenciales 1er, 3er trimestre de embarazo y a los 14 meses de vida del RN. Historia médica.	las que tenían una baja maternal de 4 a 6 meses. -El 31,1% de las mujeres alegó motivos de trabajo para el abandono de la LME, el 19,4% hipogalactia, el 10,6% escaso aumento de peso, el 9,8% problemas con	
--	--	--	---	--	---	--



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			os y causas que influyen en las madres para el abando	-La LME permitía agua y zumos al contrario que la OMS.	la lactancia y el 15,0% otros motivos.	
--	--	--	---	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			no de LME.			
<b>Martínez</b>	- España,	- Observa	- Conocer	-Madres que asistieron a la	-Prevalencia LME postparto/ 4 <sup>º</sup> mes: 96,2%/ 34,6%.	-D3
<b>Galiano JM</b>	ña, Jaén.	cional descripti	la prevalen	visita del Programa del	-Prevalencia LA 4 <sup>º</sup> mes: 51,9%.	
<b>(2010).</b>		vo,	cia de la	Niño Sano al 4 <sup>º</sup>	-Prevalencia LMMix 4 <sup>º</sup> mes:	
<b>(17)</b>			LME a	mes (n= 52).	13,5%.	

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<p>Rev. Metas de Enferm.</p>	<p>- Hospi tal.</p>	<p>transver sal.</p>	<p>los 4 meses.  -  Determi nar las caracterí sticas sociocul</p>	<p>-Cuestionario de elaboración propia.  -Se utilizó las definiciones de LM, LA, LMMix y</p>	<p>-Tener un parto espontáneo, elegir LME por comodidad y recibir información de LM por parte de los familiares influyeron positivamente para la continuación de LME.</p>	
--	-------------------------	--------------------------	---	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			<p>turales de las madres que continúa n con LME a los 4 meses.</p>	<p>LME dadas por la OMS.</p>	<p>-Las razones más argumentadas para el abandono de LM al 4º mes fueron: hipogalactia (26,47%), el rechazo del RN a la LM (17,65%), enfermedad del RN (11,76%), que el bebé se</p>	
--	--	--	--	------------------------------	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			- Identific ar factores que se asocian al abando		quede con hambre (8,82%) y otras (35,29%).	
--	--	--	---	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			no de la LME a los 4 meses.			
<b>Quarter o Gómez V et al</b>	- Espa ña,	- Observa cional descripti	-Estimar la prevalen cia de	-Madres de niños nacidos en el Hospital San Cecilio (n= 60).	-Prevalencia postparto/3 <sup>er</sup> /6 <sup>o</sup> 71,7%/ 58%/ 43,3%.	LME mes: -D3



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			<p>inicio o abandono no de la LM.</p>	<p>-Utiliza las definiciones de la OMS para LA, LME, LM Y LMMix aunque no lo especifica.</p>	<p>fumadoras y las universitarias.</p> <p>-Las causas de abandono de LM más mencionadas fueron: hipogalactia (57,1%), trabajo (23,8%), dificultad en las tomas relacionada con grietas o</p>	
--	--	--	---------------------------------------	--	--	--



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

					pezones planos (14,3%) y por enfermedad materna (4,7%).	
<b>Ramiro González MD</b>	- España, Madrid.	- Observación descriptiva,	- Determinar la prevalencia de	- Madres pertenecientes al cupo de 31 pediatras de la Atención	- La prevalencia de LM se inició con el 88% de las madres, de ellas el 77,6% comenzaron LME.	- D3

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<p>et al (2018). (19) Rev. Anales de Pediátrí a.</p>	<p>- Aten ción prim aria.</p>	<p>transver sal.</p>	<p>LM y LME.  - Identific ar factores para no iniciar o</p>	<p>Primaria y que respondieron un cuestionario epidemiológico (n=2627).  -Cuestionario epidemiológico del estudio</p>	<p>-La prevalencia a los 6 meses de LA era de un 50,6% frente al 25,4% de LME y el 24% del resto de tipos de lactancia. Estas continuaron su disminución gradual hasta los 12 meses.</p>	
--	---	--------------------------	---	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			abando nar la LM. - Conocer los factores que se	ELOIN cuenta con 5 preguntas del Cuestionario de Menores de la Encuesta Nacional de Salud. A esas se añadieron otras	que 5 del de la de de de se otras	-Las mujeres $\geq 20$ años, las que habían recibido clases después del parto para el apoyo de la lactancia y las extranjeras que llevaban menos de 10 años en España mantenían más la LME a los 6 meses. Por otro lado las que pertenecían a la clase	
--	--	--	--	--	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			<p>asocian con la duración de LME hasta los 6 meses.</p>	<p>de elaboración propia.</p> <p>-Utilizaron las definiciones de la OMS para LM y LME, incluyendo dentro de LM</p>	<p>media abandonaban más la LME a los 6 meses.</p> <p>-La hipogalactia (32,3%), el trabajo (25,9%), pensar que era el momento para finalizar la LM (14,2%) y que el bebé no quisiera lactar (12,4%) fueron las causas</p>	
--	--	--	--	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

				todos los tipos de lactancia, inclusive la exclusiva.	más mencionadas para el abandono de la LM.	
<b>Rius JM et al (2014).</b> (20)	- España,	- Observacional descripti	- Determinar la prevalen	-Madres de RN $\geq$ 36 semanas de gestación con	-Prevalencia LM nacimiento/ 3 <sup>er</sup> mes: 81%/71,3%.	-D3

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<p>Rev. Anales de Pediátrí a.</p>	<p>Valen cia.  - Hospi tal.</p>	<p>vo, prospect ivo.  - Hospi tal.</p>	<p>cia en los primero s 12 meses postpart o.</p>	<p>partos vaginales o cesáreas.  -Exclusión: RN con ingreso en neonatos &gt;12h, casos de complicaciones postparto y embarazos</p>	<p>-Prevalencia LA nacimiento: 19%.  -Las madres fumadoras y las sometidas a técnicas de reproducción asistida abandonaron antes la LM. Aquellas que no usaron LA con hijos anteriores, las que no precisaron pezoneras y</p>	
---	---	--	--	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			- Identific ar factores asociado s al abando no de la LM.	gemelares (n= 452). -Entrevistas en las que se realizaban cuestionarios presenciales tras el parto y antes	las que no usaron chupete durante el primer mes de vida del RN tuvieron una duración mayor de LM. Un mayor nivel de estudios se asoció con un el mantenimiento de la lactancia.	
--	--	--	---	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			<p>del alta</p> <p>- hospitalaria y</p> <p>Averigua telefónica a los</p> <p>r si se 3, 6 y 12 meses</p> <p>trata de postparto.</p> <p>un</p> <p>“abando</p> <p>no</p> <p>precoz</p>	<p>del alta</p> <p>-Asistir a clases de</p> <p>preparación al parto y tener</p> <p>sensación de leche</p> <p>suficiente al alta fueron</p> <p>factores de protección.</p> <p>-Adaptan las</p> <p>recomendacione</p> <p>s de la OMS para</p>	
--	--	--	---	---	--



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			de la LM".	las definiciones aunque en todos los tipos de lactancia se permite infusiones		
--	--	--	------------	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<b>Sacristá</b>	-	-	-	-Madres de	-Prevalencia de LME	-D3
<b>n</b>	Espa	Observa	Describi	niños entre 6 y	nacimiento/4º/6º mes:	
<b>Martín</b>	ña,	cional	r la	12 meses que	82,7%/ 64,9%/ 27,1%.	
<b>AM et al</b>	Castil	descripti	prevalen	visitaron la	-Prevalencia de LMMix	
<b>(2011).</b>	la y	vo,	cia de	consulta de	nacimiento: 8,6%.	
<sup>(21)</sup>	León.	retrospe	inicio de	pediatría	-Prevalencia de LA al	
		ctivo.	LME.	motivos	nacimiento: 8,6%.	
Rev.	-			administrativos,		
Pediatr	Aten			revisiones o		

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Atención Primaria.	cación primaria.		- Identificar factores que influyen en el inicio y	consultas médicas (n= 804). -Cuestionarios y consulta de historias clínicas.	-Fumar era el único factor que afectaba negativamente a la duración de LME y LMTot (LME+LMMix) a los 4 y 6 meses. -Motivos de abandono mencionados: hipogalactia	
--------------------	------------------	--	--	---	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			duración de LME.	-Se utilizaron los términos de lactancia de la OMS para LME, LMMix y LA. LMTot suponía la suma de LME y LMMix.	(29,7%), escasa ganancia de peso (20,5%) y trabajo (11,8%).	
--	--	--	------------------	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<b>Lorella</b>	-	-	-	-Madres con un	-Prevalencia de LME al inicio	-D3
<b>Gianni</b>	Italia,	Observa	Identific	riesgo bajo de	del estudio/1er/3er mes:	
<b>M et al</b>	Milán	cional	ar	cese de LM, hijos	95%/ 73%/ 68%.	
<b>(2019).</b>	.	descripti	dificulta	sanos > 37	-Prevalencia de LMPre al	
<b>(22)</b>		vo,	des en la	semanas y con	inicio del estudio/1er/3er	
	-	prospect	LM en	un percentil de	mes: 0%/ 1%/ 1%.	
<b>Rev.</b>	Hospiti	ivo	los	peso al nacer	-Prevalencia de LMC al inicio	
<b>Nutrient</b>	tal.		primero	≥10th en el	del estudio/1er/3er mes:	
<b>s.</b>			s meses	gráfico de	5%/ 19%/ 14%.	

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			postpart o y ver si se asocian con un abando no precoz	crecimiento neonatal de Bertino (n= 792).  -Entrevistas telefónicas y cuestionarios online a los 3 meses.	-Prevalencia de LA al inicio del estudio/1er/3er mes: 0%/ 7%/ 17%.  -Las mujeres que no habían tenido dificultades y las que habían recibido apoyo en caso de presentarse alguna dificultad mantuvieron la	
--	--	--	---	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			de la misma.	-Utiliza las definiciones recogidas por la OMS para LMPre, LME, LMC y LA.	LME a los 3 meses. También fue así para las que tuvieron un parto vaginal.  -Hubo un mayor abandono de LME a los 3 meses para las que tuvieron hipogalactia, las que se reincorporaron al trabajo,	
--	--	--	--------------	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

					las que su RN tenía problemas en la succión, las que pensaban que su leche no era de calidad, las que tenían dolor y mastitis.	
<b>Odom</b>	-	-	-	- Madres $\geq 18$	-Entre las madres que no	-D3
<b>EC et al</b>	EE.U	Observa	Conocer	años con hijos	consiguieron sus objetivos	
	U.	cional	la	nacidos con $\geq 35$	de tiempo de LM se	



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<p><b>(2013).</b>  (23)  Rev.  Pediatri  cs.</p>	<p>-  Hoga  res.</p>	<p>descripti  vo,  prospect  ivo.</p>	<p>prevalen  cia de  madres  que  consigui  eron dar  LM todo  lo que  deseaba</p>	<p>semanas de  gestación, con  un peso <math>\geq 5</math> libras  (2267,96g),  ambos sin  problemas que  pudiesen afectar  a la alimentación  (n= 1177).</p>	<p>encontraban un mayor  número de solteras,  múltiparas, con menor nivel  de estudios y participantes  en el WIC que entre las que  sí que lo habían logrado.  -Las razones más  mencionadas para</p>	
--	--------------------------------------	---	--	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			<p>n y de las que no lo consiguieron.</p> <p>- Identificar los</p>	<p>-Cuestionarios online: 1 antes del parto y 1 mensualmente tras el parto hasta los 12 meses del RN.</p>	<p>abandonar la LM dadas por las madres fueron: problemas de succión, dolor o grietas en los pezones, congestión mamaria, abscesos en las mamas, hipogalactia, pensar que el niño se</p>	
--	--	--	--	---	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

			factores de cese de LM, para ver si se diferenciaban entre las que si		quedaba con hambre, problemas con la subida de leche, pensar que el bebé no ganaba suficiente peso o que los profesionales lo confirmarían, enfermedad materna o del bebé y	
--	--	--	---	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			consiguieron su objetivo y las que no.		dificultades para la extracción de leche.	
<b>Cox K et al</b>	- Australia.	- Observacional	-Estimar la prevalen	-Madres de hijos sanos (n=427).	-Prevalencia de LMTot al alta: 97,7%.	-C 2+/2-

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

<p><b>(2015).</b>  (24)  Rev.  Acta  Pædiatri  ca.</p>	<p>-  Hospi  tal.</p>	<p>analítico  de  cohortes</p>	<p>cia de  LME y  LM.  -  Identific  ar  factores  que  influyen</p>	<p>-Cuestionarios  personales y  online.  -Asimila su  definición de  LME a la de la  OMS, y une el  resto de tipos de</p>	<p>-Prevalencia de LME al  alta/4º/6º mes: el 82,7%/  35,6%/ 5,7%.  -A los 12 meses la  prevalencia de niños que  tomaban leche materna era  de 36,4%.</p>	
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

			<p>en la duración de la LME y LM a los 6 y 12 meses.</p>	<p>lactancia en el grupo llamado "otros tipos de lactancia".</p>	<p>-La duración media de LME hasta los 6 meses fue mayor en madres: con IMC &lt;30, no fumadoras en el embarazo, con actitud positiva frente a la lactancia y que volvían al trabajo después de 6 meses.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

					<p>-Todos estos factores menos el regreso al trabajo influyeron también en la duración media de “otros tipos de lactancia” añadiéndose la percepción materna de actitud positiva para la lactancia por parte de la pareja.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

<b>Pei-Chi Chang et al (2019).</b> (25)	- Taiwán, Chiayi.	- Observación descriptiva prospectivo.	- Identificar factores de cese de LME en los 2 primeros meses	-Madres >20 años, con hijos >24 semanas gestacionales, ambos sin problemas para la lactancia (n=1077).	-Prevalencia de LME 1er y 2º mes postparto: 40.1%/29.3%. -Prevalencia de no-LME (LMPar+LA) 1er y 2º mes postparto: 59,88%/ 70,7%. -Las mujeres más jóvenes, con partos vaginales, con	-D3
--	-------------------------	---	--	--	---	-----



LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

<p>eding Journal.</p>			<p>postpart o.</p>	<p>-Entrevistas telefónicas al 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> mes tras el parto.  -El término LME es el mismo que utiliza la OMS y como no-LME</p>	<p>estudios universitarios y multíparas alargaron la duración de LME.  -Las razones más mencionadas para abandonar en el 1<sup>er</sup> mes fueron: hipogalactia (43,73%), factores</p>	
---------------------------	--	--	------------------------	--	---	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

				<p>incluye los relacionados con el niño alimentados con (7,96%) y decisión materna LA o LMP. (6,96%).</p> <p>-Las razones más mencionadas para abandonar en el 2º mes fueron: hipoglactia (40,39%), decisión materna</p>	
--	--	--	--	--	--

LACTANCIA MATERNA: FACTORES CONDICIONANTES. REVISIÓN BLBLOGRÁFICA.

					(8,73%) y regreso al trabajo (3,62%).	
--	--	--	--	--	--	--