



MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINZA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

50
URTE
AÑOS

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntza Gradua / Grado en Medicina

FACTORES DE ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA

Egilea /Autora:
Sofía Vallejo Lanas
Zuzendaria / Directora:
Janire Betolaza Asua

© 2020, Sofía Vallejo Lanas

Leioa, 2020ko apirilaren 22a / Leioa, 22 de abril de 2020.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS	3
1.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES	4
1.3. RECOMENDACIONES DE NO AMAMANTAMIENTO	5
1.4. LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO	7
1.5. LACTANCIA MATERNA EN EUROPA	7
1.6. LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA.....	8
1.7. FACTORES DE ABANDONO PRECOZ DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	8
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
3.1. DISEÑO	14
3.2. RECOGIDA DE DATOS	15
3.3. DEFINICIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA	15
3.4. VARIABLES ESTUDIADAS.....	16
3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS	17
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	18
4. RESULTADOS.....	18
4.1. VARIABLE PRINCIPAL	18
4.2. VARIABLE RESULTADO	19
4.3. VARIABLES SECUNDARIAS	22
5. DISCUSIÓN.....	35
6. CONCLUSIONES	41
ANEXO 1	46
BIBLIOGRAFÍA.....	50

RESUMEN

Introducción. La lactancia materna (LM) ha demostrado aportar beneficios a corto y largo plazo, tanto al niño como a la madre, además de ofrecer la nutrición óptima para el desarrollo y crecimiento de los niños. Es por ello que organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan la lactancia materna exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses de vida. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres españolas no mantienen esta recomendación haciendo imprescindible conocer cuáles son los motivos para intentar hacerles frente.

Objetivos. Describir la prevalencia de la LME durante los primeros 6 meses tras el parto en nuestro medio, así como analizar los posibles factores que llevan a las madres a abandonarla de manera precoz, es decir, antes del 6º mes tras el parto.

Material y métodos. Estudio prospectivo y descriptivo en una población dependiente del Hospital Universitario de Basurto (HUB), en Bilbao (Vizcaya), incluyendo casos de forma consecutiva durante la segunda quincena de julio de 2019 con seguimiento hasta enero de 2020, es decir, 6 meses tras el parto. La recogida de datos constó de 3 entrevistas: las dos primeras fueron presenciales durante la estancia hospitalaria) y la última entrevista fue telefónica 6 meses más tarde.

Resultados. Se reclutó una muestra inicial de 46 mujeres a las que se les realizó las dos primeras encuestas. No obstante, hubo 5 pérdidas durante el seguimiento, completando el estudio las 41 mujeres restantes. La prevalencia de la LME al alta hospitalaria fue del 70% y a los 6 meses del 54%. En general, el motivo más frecuente de abandono fue la preferencia materna (37%). Sin embargo, la causa principal de abandono varió en función del mes en el que se interrumpió, ganando protagonismo los motivos laborales en el 5º mes, que fue el mes más prevalente de abandono (40%).

Conclusiones. Los resultados de este estudio muestran que el porcentaje de mujeres de la población dependiente del HUB que mantiene una LME, supera a la media española. Sin embargo, son cifras que todavía podrían mejorar mucho y para ello es primordial concienciar a la sociedad de que la LME es la mejor forma de

alimentación del lactante, con el fin de crear estrategias tanto a nivel sanitario como político para garantizar que esta práctica se realice de manera plena y satisfactoria.

1. INTRODUCCIÓN

La LM es un proceso único que aporta la nutrición óptima para los niños y contribuye a su crecimiento y desarrollo de manera saludable. La LM ha demostrado ofrecer grandes beneficios a corto y largo plazo, tanto al niño como a la madre. Es por ello que, la OMS y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan, para conseguir una alimentación infantil óptima, la LME durante los 6 primeros meses de vida (180 días) y complementada con otros alimentos hasta los 2 años de edad (1).

1.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS NIÑOS

Dentro de los beneficios que aporta la LM en la salud de los niños destaca la reducción del riesgo de infecciones tales como diarrea, neumonía, otitis, meningitis e infección urinaria. Además, protege contra enfermedades crónicas futuras tales como diabetes tipo 1, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn (2).

Este tipo de alimentación durante la infancia se asocia a una menor presión arterial media y colesterol sérico total, y con menos prevalencia de diabetes tipo 2, sobrepeso y obesidad durante la adolescencia y edad adulta. De hecho, existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la LM, menor riesgo de obesidad. Dicho de otro modo, la LM está contribuyendo a la disminución de la morbimortalidad infantil al disminuir la incidencia y gravedad de las enfermedades (2).

Se ha estimado que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la LM no exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años (3).

De la misma manera, los niños alimentados con lactancia artificial (LA) tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades de base inmunológica, tales como el asma, diabetes tipo 1 y la enfermedad celíaca (3). La LA también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez así como una disminución del desarrollo intelectual óptimo (2).

1.2. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EN LAS MADRES

La LM no solo aporta beneficios a la salud de los lactantes, sino también a la de las madres. Por un lado, está demostrado que amamantar disminuye la probabilidad de hemorragia postparto, así como la de desarrollar cáncer de ovario y cáncer de mama premenopáusico (2). Por otro lado, la mujer que lacta a su hijo recupera más precozmente el peso que tenía antes de la gestación y además, al retrasarse el inicio de la ovulación, ayuda a evitar las gestaciones precoces. Asimismo, la remineralización ósea tras el parto es más rápida y eficaz, y en la edad postmenopáusica disminuye la frecuencia de fracturas de cadera.

En relación con la salud mental de la madre, la LM aporta a ésta una sensación de satisfacción plena cuando lleva a cabo una lactancia adecuada (2,3), lo cual contribuye positivamente a su salud mental. Además, el hecho de amamantar al niño favorece la aparición del vínculo materno y del apego del niño a su madre al permitir un contacto físico estrecho. Una lactancia bien establecida es una experiencia que la mayoría de las mujeres refiere como “muy satisfactoria en todos los aspectos” e incluso tienen sentimientos de pérdida cuando finaliza (2). Los niños en el regazo de su madre se sienten seguros y protegidos y eso favorece su desarrollo emocional y su independencia en el futuro, al incrementarse su autoestima (4).

En otro orden de cosas, la LM no solo ofrece ventajas de salud, sino también económicas y ambientales tanto a corto y largo plazo para la sociedad en general. Según un estudio en Reino Unido, invertir en estrategias que promuevan y apoyen la LME, es costo-efectivo (5). Además, la producción de sucedáneos derivados de la leche de vaca contribuye de forma no despreciable a la contaminación medioambiental: plásticos, papel, latas, agua y consumo de energía para limpiar utensilios (6).

Las ventajas de la LME, comparada con la lactancia mixta (Lmixta), se reconocen desde el año 1984. Una revisión de estudios encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con Lmixta, fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no recibieron LM, el riesgo fue 25 veces mayor (3).

1.3. RECOMENDACIONES DE NO AMAMANTAMIENTO

Existen, sin embargo, un pequeño número de condiciones de salud del recién nacido (RN) y la madre que podrían justificar que se recomendara no amamantar de manera temporal o permanente. Estas condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus hijos, son las siguientes (7):

1.3.1. Condiciones del lactante

- Galactosemia clásica: el RN necesita una alimentación especial con fórmula libre de galactosa.
- Deficiencia primaria de lactasa: la ausencia congénita de lactasa intestinal impide hidrolizar la lactosa de la leche, apareciendo un cuadro diarreico desde los primeros días de vida (8).
- Malabsorción congénita de glucosa-galactosa: se caracteriza por una diarrea grave con deshidratación desde el primer día de vida que puede provocar la muerte del RN rápidamente si no se retiran de la dieta la glucosa, galactosa y sus disacáridos derivados (9).
- Enfermedad de orina con olor a jarabe de arce o leucinosis: se necesita una fórmula especial libre de leucina, isoleucina y valina.
- Fenilcetonuria: actualmente no es una contraindicación para la LM mientras sea monitorizada correctamente. Desde 1980 se sabe que la leche materna tiene baja concentración de fenilalanina, incluso menor que la leche de fórmula (10). Por este motivo la lactancia materna, suplementada con fórmulas especiales libres de fenilalanina, se considera hoy un método indicado de alimentación para lactantes afectados de fenilcetonuria (11,12).

1.3.2. Condiciones maternas

- Interrupción de la LM permanentemente (7):
 - o Madres con infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), siempre y cuando la alimentación de sustitución sea aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

- Interrupción de la LM temporalmente (7):
 - Enfermedad grave que impida que la madre pueda cuidar a su bebé, por ejemplo, septicemia.
 - Herpes simplex tipo I (HSV-I): en caso de que las lesiones se encuentren en el pecho materno, se debe evitar el contacto directo entre estas y la boca del bebé hasta que la lesión activa se haya resuelto. Durante ese periodo, valorar la extracción de la leche mediante sacaleches y la administración de la misma al RN.
 - Medicación materna:
 - Los medicamentos psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opiáceos y sus combinaciones pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles.
 - El uso de sustancias como cannabis y cocaína están absolutamente contraindicadas. A su vez, el consumo de anfetaminas, tabaco y alcohol está desaconsejado ya que supone un alto riesgo para la LM.
 - Es recomendable evitar el uso de yodo radioactivo-131 ya que están disponibles opciones más seguras. La madre puede reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido esta sustancia.
 - El uso excesivo de yodo o yodóforos tópicos (povidona yodada), especialmente en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión tiroidea o anomalías electrolíticas en el bebé amamantado, por lo que deberían ser evitados.
 - La quimioterapia citotóxica requiere que la madre suspenda el amamantamiento durante la terapia.

1.3.3. Afecciones maternas con continuación de la lactancia materna

Afecciones maternas durante las cuales puede continuar la lactancia, aunque representan problemas de salud preocupantes (7):

- Absceso mamario: el amamantamiento debería continuar con el lado no afectado; el amamantamiento con el pecho afectado puede reiniciarse una vez se ha iniciado el tratamiento.
- Hepatitis B: lactantes deben recibir la primera dosis de vacuna junto a la inmunoglobulina específica de la hepatitis B, idealmente en las primeras 12 horas de vida.
- Hepatitis C: la lactancia puede continuar normalmente, ya que el riesgo de transmisión es muy bajo (3).
- Mastitis: no se aconseja suspender la lactancia sino aumentar las tomas para favorecer el vaciado.
- Tuberculosis.

Aún con todo, en el caso de considerarse la interrupción de la lactancia, habrá que sopesar los riesgos de cualquiera de las condiciones enumeradas en función de los beneficios que reportaría la LM.

1.4. LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO

A pesar de los múltiples beneficios que ofrece la LM, las prácticas deficientes de LM y alimentación complementaria están muy difundidas. A nivel mundial, según los datos publicados en 2016 por UNICEF, solo un 43% (2 de cada 5) de los niños continúan recibiendo LME a los 6 meses de vida. Las mayores tasas las presentan los países del Sur de Asia con un porcentaje de LME del 60%.

1.5. LACTANCIA MATERNA EN EUROPA

En Europa, según datos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2005 los mejores resultados de inicio de LM los presentaban los países nórdicos con cifras próximas al 100%, pero los porcentajes de

LME a los 6 meses disminuían por debajo del 20%, muy lejos del objetivo de la OMS (50% de LME a los 6 meses). Los países con peores tasas de inicio de LM eran Francia e Irlanda con niveles del 63% y 44%, respectivamente.

1.6. LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA

En España no hay un sistema oficial de monitorización y seguimiento de la lactancia adecuado. Los datos existentes hasta el momento proceden mayoritariamente de encuestas realizadas por profesionales sanitarios a nivel regional y de forma puntual, lo que no permite una correcta valoración nacional ni un seguimiento temporal. Los datos que se tienen a nivel estatal son extraídos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) que, desde el año 1995, incluyen preguntas referentes a la lactancia. Con ellas se recogen datos de prevalencia de LM por meses, pero no se utilizan ni los indicadores ni la metodología recomendados por la OMS, lo que dificulta la comparación con otros países (13).

Según la ENS de 2017, la LM en España fue la alimentación más utilizada en los bebés durante las primeras 6 semanas (73,9%), y se reducía a un 63,9% hasta los 3 meses. A los 6 meses, un 41,6% de los bebés eran alimentados mediante LA, dejando en segundo plano la LM (39,0%).

1.7. FACTORES DE ABANDONO PRECOZ DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Atendiendo a los datos recogidos en la bibliografía, están descritos los factores de abandono precoz antes de los 6 meses. De forma amplia se podrían agrupar de la siguiente manera:

1.7.1. Fallo de técnica

El mal agarre es la causa más común e importante de lesiones en el pezón, lo que puede causar dolor, grietas, una extracción ineficiente y una aparente baja producción de leche.

Las causas más importantes del mal agarre son la inexperiencia de la madre y la falta de ayuda cualificada por parte del personal de salud que la atiende. Muchas madres

necesitan ayuda cualificada desde el inicio, para asegurar que el lactante tenga un buen agarre al pecho y pueda succionar de manera efectiva. En este sentido, el personal de salud requiere tener las habilidades necesarias para brindar esta ayuda. Por otro lado, el uso de biberones, tetinas y chupetes, dificulta que aprenda a agarrar bien el pecho de la madre y que la LM se establezca de manera satisfactoria (3,14).

1.7.2. Pezoneras

La única indicación de pezoneras es la presencia de pezones invertidos (hendidos y ausencia de erección con estímulo), cuando el RN no es capaz de hacer un enganche adecuado. Con pezonera el RN vacía peor el pecho y hace un encaje y succión no fisiológicos. En otras situaciones pueden plantearse como último recurso, de forma transitoria y siempre con indicación médica (3).

1.7.3. Escasa ganancia ponderal

Que el niño no esté ganando el peso correspondiente a su edad puede ser una de las causas que obligan a complementar la LM con suplementos de leche artificial. Hay veces que son las madres quienes tienen la sensación de que su hijo no está ganando todo el peso que debería porque se queda con hambre, siendo ellas mismas las que deciden interrumpir la LME (10).

1.7.4. Necesidad de suplementos

El uso de suplementos en el hospital se asocia con el riesgo de destete temprano.

Existen dos situaciones en las que se plantea dar transitoriamente suplementos a un RN amamantado. La primera, es la solicitud o exigencia de los padres y la segunda es que exista riesgo inminente de hipoglucemia o deshidratación (lactantes con muy bajo peso al nacer, muy prematuros, RN con riesgo de hipoglucemia debido a una alteración en la adaptación metabólica o incremento de la demanda de la glucosa porque sus madres son diabéticas...) La indicación de suplementos será médica e individualizada (7).

1.7.5. Percepción materna de leche insuficiente

A menudo, las madres introducen comidas o bebidas complementarias de manera precoz. Una de las razones que más habitualmente dan es que tienen la sensación de no tener la suficiente leche o que la calidad de ésta es mala (3). Esta preocupación materna suele aparecer incluso en los primeros días tras el parto, en ocasiones debido a una disminución de la confianza en relación a la maternidad y crianza del RN durante las primeras semanas. Esta pérdida de confianza suele producirse en madres jóvenes, sin experiencia (primíparas), que carecen de apoyo y con malas experiencias de LM con hijos previos (15). Esto provoca que cuando su hijo está obteniendo toda la leche que necesita, la madre lo percibe como insuficiente (3,16). En ocasiones, son los parientes, amigos o personal de salud quienes sugieren a la madre que no están produciendo la leche suficiente. Sin embargo, casi todas las madres pueden producir leche suficiente para uno o incluso dos niños, con tal de que el niño succione eficazmente y tome el pecho tan a menudo como él quiera. Incluso en sociedades en donde la dieta de las mujeres es escasa, la mayoría son capaces de producir leche en cantidades adecuadas para el buen crecimiento del niño (3).

Ahora bien, la cantidad de leche que producen los pechos está determinada por la cantidad que toma el niño: aumenta cuando el niño toma más y viceversa. Por ello, muchas de las madres que piensan que no tienen leche suficiente necesitan la ayuda y el apoyo de una persona experta.

Por el contrario, son escasos los casos en los que las madres verdaderamente son incapaces de producir leche suficiente. Dicha insuficiencia podría deberse principalmente a un escaso desarrollo de la glándula mamaria o a un trastorno hormonal (3). Otros factores importantes que pueden favorecer la falta de leche son el estrés agudo (por ejemplo, que la mujer trabaje durante el periodo de lactancia) o el estado físico de la madre (desnutrición grave, tabaco, alcohol...).

En este sentido, existen dos signos fiables de que no se está produciendo suficiente leche: una escasa ganancia de peso y la producción de micciones de escasa cantidad de orina concentrada.

1.7.6. Nacionalidad

Estudios han demostrado que las madres españolas tienen una percepción de leche insuficiente con mayor frecuencia que las madres no españolas (15).

1.7.7. Edad materna

Según otros estudios, las mujeres más jóvenes tienden a abandonar la LME durante los primeros meses. Las razones principales suelen ser las grietas en los pezones y la sensación de leche insuficiente porque el bebé no se queda satisfecho (17).

1.7.8. Estudios universitarios

Se ha constatado que las madres con estudios superiores son las que con mayor frecuencia inician la LME y la mantienen en el 6º mes (16). Existe una fuerte asociación entre un menor nivel educativo y el abandono precoz de la LM (18).

1.7.9. Motivos laborales

A pesar de que actualmente la mujer posea más facilidades a la hora de compaginar la maternidad con el trabajo, éste continúa siendo un factor realmente importante para el abandono de la LM (16). Se ha comprobado que mujeres que tienen que volver al trabajo, abandonan la LME de manera más precoz y con mayor frecuencia que las que no trabajan durante el periodo de lactancia (18).

La mujer cuenta, según el artículo 48.4 del Estatuto de los Trabajadores, con 16 semanas ininterrumpidas de descanso o suspensión por contrato de maternidad. El periodo de puerperio, es decir, las 6 semanas posteriores al parto, son de obligado disfrute por la mujer. El resto del periodo (10 semanas) puede distribuirse a opción de la interesada, antes o después del parto. Hasta el año 2019, el otro progenitor, según el Real Decreto-ley 6/2019 de 1 de marzo, contaba con un periodo de suspensión total de 8 semanas, de las cuales las 2 primeras, debía disfrutarlas de forma ininterrumpida inmediatamente tras el parto.

En País Vasco, desde noviembre de 2019, el permiso de paternidad es ya de 16 semanas, equiparándose al permiso de maternidad. A nivel estatal, la ampliación del

permiso de paternidad está siendo más progresiva. El 1 de enero de 2020 entró en vigor una ampliación que se aprobó a través del decreto ley de igualdad de oportunidades en el empleo, publicado en el BOE el pasado mes de marzo de 2019, en el que son 12 las semanas de permiso de paternidad, siendo las 4 primeras semanas obligatorias. Será en 2021 cuando España cuente con las mismas semanas de permiso laboral para el padre y la madre.

Los derechos con los que cuenta las madres trabajadoras son: el permiso de lactancia (hora de LM), la reducción de jornada y excedencia laboral.

1.7.10. Índice de masa corporal >25 (sobrepeso) ó <18 (desnutrición)

Se asocia con problemas a la hora de iniciar la lactancia, tanto por exceso de peso como por defecto. Las mujeres con sobrepeso pueden asociar retraso en la lactogénesis II, lo que conlleva un cese de LM (3).

1.7.11. Patologías durante el embarazo (diabetes y/o enfermedades hipertensivas)

La diabetes gestacional está asociada a una mayor necesidad de suplementos en el RN, debido a las hipoglucemias que tienden a presentar. De esta forma, la necesidad de suplementos implica con mayor probabilidad un destete de manera precoz, es decir, abandono de la LME antes de los 6 meses.

1.7.12. Tabaquismo durante el embarazo y periodo de lactancia

El tabaco durante la gestación, puede producir un bajo peso al nacer del RN, lo que conduce a la necesidad de suplementos.

1.7.13. Cirugía mamaria

Existen distintas causas que hacen que las mujeres sean sometidas a una intervención mamaria (mamoplastias de aumento, reducción mamaria, extirpación de abscesos, tumores...). Se debe tener en cuenta, que las mujeres con prótesis mamarias pueden dar de mamar (19). Sin embargo, son las cirugías que conllevan la rotura de conductos (por una reducción de pecho por ejemplo) las que pueden producir

problemas a la hora de instaurar la LM. Es por ello que cada caso debe ser valorado individualmente. Cabe destacar, que en caso de problemas en una mama, es posible mantener la lactancia con un solo pecho.

1.7.14. Técnicas de reproducción asistida (TRA)

La utilización de estas técnicas lleva implícito el deseo de embarazo de la mujer. Es por ello que el uso de estas técnicas se asocia al cumplimiento de lo que establece la OMS como una alimentación óptima del lactante, es decir, mantener una LME durante los 6 primeros meses, o al menos tener esa intención.

1.7.15. Asistencia a clases preparto

La preparación de las madres antes del parto es fundamental para el éxito de la LM. En ellas se imparten conocimientos acerca de los beneficios de la LM, así como las técnicas de agarre del niño al pecho, las cuales son fundamentales para que la alimentación se lleve a cabo con éxito.

1.7.16. Apoyo/pareja que ayude en la crianza del niño

Es difícil criar a un RN sin contar con el apoyo de otra persona, sobre todo durante los primeros meses. Además, esta situación puede ir de la mano con una depresión materna, lo que produce rechazo hacia el RN y por ende aversión a la lactancia.

1.7.17. Consejos de familiares o amigos

Ante las dificultades y múltiples dudas que surgen durante las primeras semanas de lactancia, las madres con falta de experiencia (primíparas sobretudo) solicitan consejos a sus familiares y amigos. Sin embargo, no es infrecuente que estas indicaciones, estén cargadas de falsos conceptos.

1.7.18. Alimentación del hijo anterior

Una experiencia negativa en la lactancia del hijo anterior, lleva a la madre abandonar precozmente e incluso no iniciar la LM. Por el contrario, experiencias positivas en el pasado se asocian a una satisfactoria LM con el hijo actual.

1.7.19. Preferencia

Hoy en día, muchas mujeres toman la decisión de no iniciar o abandonar precozmente la LM simplemente por preferencia. Puede estar, o no, asociado a una falta de educación o cultura sanitaria. También puede verse influenciada por una mala experiencia con la alimentación del hijo anterior o por consejos de familiares o amigos.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los objetivos del presente estudio son: a) describir la prevalencia de la LME durante los primeros 6 meses tras el parto en nuestro medio, b) analizar los posibles factores que llevan a las madres a abandonar de manera precoz la LME, es decir, a interrumpir la LM antes del 6º mes tras el parto.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO

Estudio prospectivo y descriptivo en una población dependiente del HUB, en Bilbao (Vizcaya), incluyendo los casos de las dos primeras semanas del mes de julio de 2019, con seguimiento hasta enero de 2020, es decir, 6 meses tras el parto.

Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres que quieran participar en el estudio y vayan a estar disponibles/localizables a los 6 meses de empezar el estudio, y b) RN ≥ 35 semanas de gestación, nacidos por vía vaginal o cesárea, que permanezcan en el área de Maternidad.

Se excluyeron los RN: a) que hayan sido ingresados en la Unidad Neonatal, b) que hayan nacido antes de la semana 35 de gestación, c) tengan contraindicación absoluta para la LM desde el nacimiento (galactosemia, malabsorción congénita de glucosa-galactosa, deficiencia primaria de lactasa, leucinosis e infección materna por VIH), c) gestaciones múltiples, por suponer una mayor exigencia para la madre, y mujeres que: d) no puedan comunicarse en castellano, e) no den su consentimiento para participar en el estudio, f) sean ilocalizables tras dos llamadas telefónicas en días distintos.

3.2. RECOGIDA DE DATOS

Realizada por la autora de este trabajo y supervisada por una pediatra de la Unidad de Neonatología del HUB. La recogida de datos se realizó a través de dos entrevistas presenciales: la primera durante las 24 horas postparto y la segunda en el momento del alta hospitalaria. Tras el parto se realizó una tercera y última entrevista telefónica 6 meses después, incluyéndose todas aquellas variables que tras una revisión bibliográfica se consideraron factores asociados al abandono de la LM.

3.3. DEFINICIÓN DEL TIPO DE LACTANCIA

Se ha ajustado las definiciones a las recomendaciones nacionales e internacionales: OMS, UNICEF y la Asociación Española de Pediatría (AEP).

3.3.1. Lactancia materna exclusiva

La LME significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquido o sólido, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. Dicha lactancia se mantendrá durante los primeros 6 meses.

3.3.2. Lactancia mixta

La Lmixta hace referencia a que el lactante es alimentado con una combinación de leche materna y fórmula artificial.

3.3.3. Lactancia artificial

La LA se refiere a aquellos alimentados únicamente con leche artificial.

3.3.4. Abandono precoz de la lactancia materna exclusiva

El abandono precoz de la LME se refiere a interrumpir la LME antes de los 6 meses.

Cada niño/a pertenecía a uno u otro grupo definido (LME, Lmixta o LA), dependiendo de cómo fuese alimentado en un único periodo de tiempo de seguimiento: los 6 primeros meses tras el parto, es decir, antes de la introducción de

la alimentación complementaria. Sin embargo, sí se tuvo en cuenta el tipo de lactancia con el que se fue a casa en el momento del alta hospitalaria y si se modificó durante los 6 siguientes meses.

3.4. VARIABLES ESTUDIADAS

A continuación, se exponen las variables que fueron analizadas en las mujeres que dieron a luz en el HUB durante la primera quincena del mes de julio de 2019, las cuales podrían influir en el tipo de lactancia llevada a cabo.

3.4.1. Variable principal

Duración de la LME en meses, desde el nacimiento hasta el cese de la LME.

3.4.2. Variable resultado

Se refiere al estado de la LME en cada sujeto a los 6 meses y en caso de no seguir con LME, cuál fue el mes de abandono y el motivo (fallo de técnica, percepción materna de leche insuficiente, escasa ganancia ponderal, motivos laborales o preferencia materna).

3.4.3. Variables secundarias

Un total de 23 variables sociodemográficas y biosanitarias, entre las que se encuentran:

- Nacionalidad (española o no española).
- Edad materna.
- Nivel educativo (estudios primarios, secundarios o universitarios).
- Situación laboral (autónoma, asalariada o desempleada).
- Apoyo/pareja en la crianza del RN.
- Paridad (primípara o múltipara). En caso de multiparidad, cuántos hijos más tiene, qué edad tienen esos hijos en la actualidad y cuál fue la alimentación de dichos hijos (LME durante <3 meses, LME durante 3-6 meses, LME durante >6 meses, Lmixta desde el inicio, LA desde el inicio).
- Uso de TRA para lograr gestación.

- Índice de masa corporal (IMC) antes de quedarse embarazada y después del parto.
- Tabaquismo antes de la gestación, durante la gestación y/o durante el periodo de lactancia.
- Diabetes gestacional.
- Hipertensión arterial asociada a la gestación.
- Cirugía mamaria en alguna ocasión.
- Asistencia a clases preparto.
- Intención del tipo de lactancia a llevar a cabo (LME, LA, Lmixta, no decidido). En caso de tener intención de establecer una LM, durante cuánto tiempo: durante <3 meses, durante 3 a 6 meses, durante >6 meses o durante todo el tiempo que pueda.
- Tipo de lactancia en el momento del alta hospitalaria (LME, Lmixta o LA).
- Problemas al iniciar la LM, en caso de haberla iniciado.
- Uso de pezoneras en algún momento durante la estancia hospitalaria y/o después del alta hospitalaria.
- Administración de suplementos de fórmula de inicio durante el ingreso en Maternidad. En caso afirmativo, quién lo indicó (pediatra o por iniciativa materna).
- Tipo de parto (vaginal o cesárea).
- Edad gestacional.
- Disposición del permiso de maternidad, y en caso afirmativo el número de semanas del mismo.
- Actividad o inactividad laboral durante el periodo de lactancia.
- Disfrute de una reducción de jornada o excedencia durante el periodo de lactancia.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos fueron procesados y analizados con el programa Microsoft Office Excel 2007. Se realizó una tabla de contingencia y se fueron extrayendo porcentajes manualmente según la variable a estudiar. Los datos de los casos perdidos durante el periodo de seguimiento no se incluyeron en el análisis.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del HUB. Todas las madres participantes firmaron un consentimiento informado.

4. RESULTADOS

Se reclutó una muestra de 46 mujeres a las que se les realizó las dos primeras encuestas presenciales. No obstante, hubo 5 pérdidas durante el seguimiento: 4 mujeres fueron ilocalizables tras varios intentos de llamadas telefónicas en días distintos y una mujer, que por motivos sociales que conllevaron la retirada de la tutela del menor, no pudo continuar el estudio.

4.1. VARIABLE PRINCIPAL

La prevalencia de la LME de la cohorte del HUB al alta hospitalaria fue del 70% y a los 6 meses del 54%. La prevalencia de la LME referente a cada mes durante los primeros 6 meses se observa en la **Figura 1**.

Para una mejor comprensión de la gráfica y como se explicará más adelante, es importante mencionar que hubo un pequeño grupo de mujeres que al alta hospitalaria mantenía una Lmixta debido a que necesitó suplementos por indicación pediátrica, pero luego mantuvo una LME durante 6 meses.

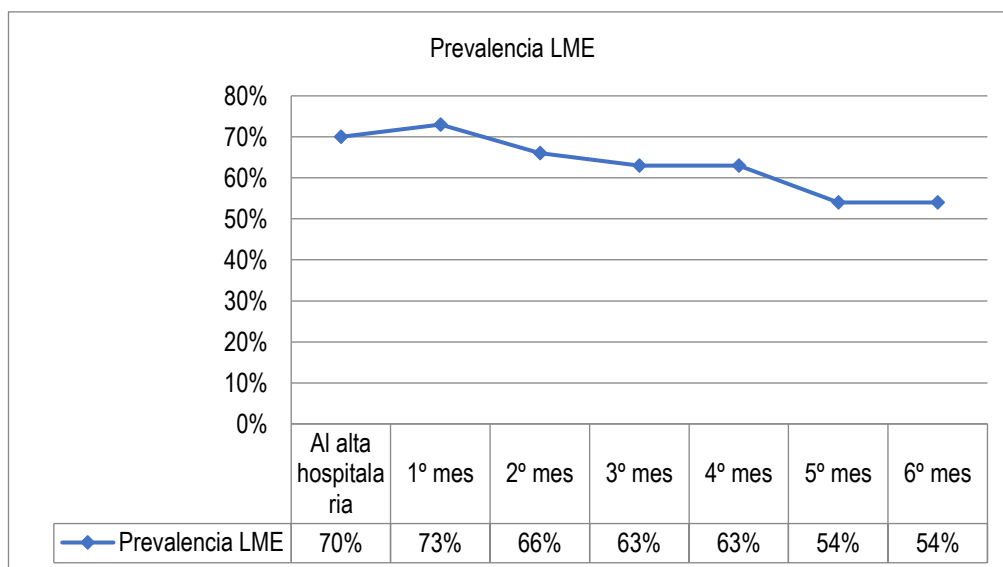


Figura 1. Porcentaje de mujeres que llevaban a cabo una LME en cada mes.

4.2. VARIABLE RESULTADO

De las mujeres que iniciaron una LME, la interrumpieron el 34%. En la **Figura 2** se muestra la distribución de la interrupción de la lactancia según el mes, de aquellas mujeres que al alta se fueron con LME. El 1º mes interrumpió la LME el 20% de las mujeres, el 2º mes un 30%, el 3º mes un 10% y el 5º mes un 40%, sin ninguna interrupción en el 4º mes.

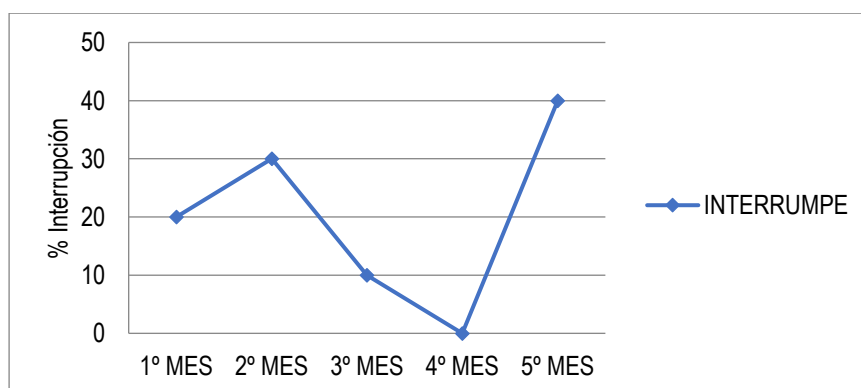


Figura 2. Porcentaje de mujeres que interrumpieron la LME en cada mes.

Tal y como se muestra en la **Figura 3**, las causas más frecuentes de no iniciar o abandonar de forma precoz la LME fueron:

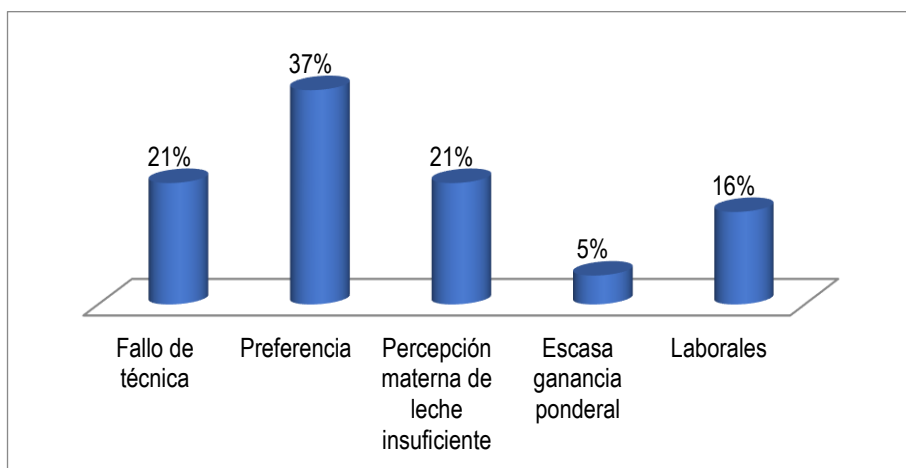


Figura 3. Distribución de las mujeres (en %) según los motivos de abandono o no inicio de la LME.

Los motivos de abandono de LME variaron en función del mes en el que se interrumpió, tal y como se muestra en la **Figura 4**. En el 1º mes abandonó un 20% y los motivos fueron, en igual proporción: fallo de técnica y preferencia materna. En el 2º mes abandonó un 30% y los motivos fueron, también en igual proporción, la percepción materna de leche insuficiente (10%), preferencia (10%) y laborales (10%). En el 3º mes la abandonó un 10% por escasa ganancia ponderal. En el 4º mes: no hubo ningún abandono y, por último, en el 5º mes la abandonó un 40% por motivos laborales (20%) y por preferencia materna (20%).

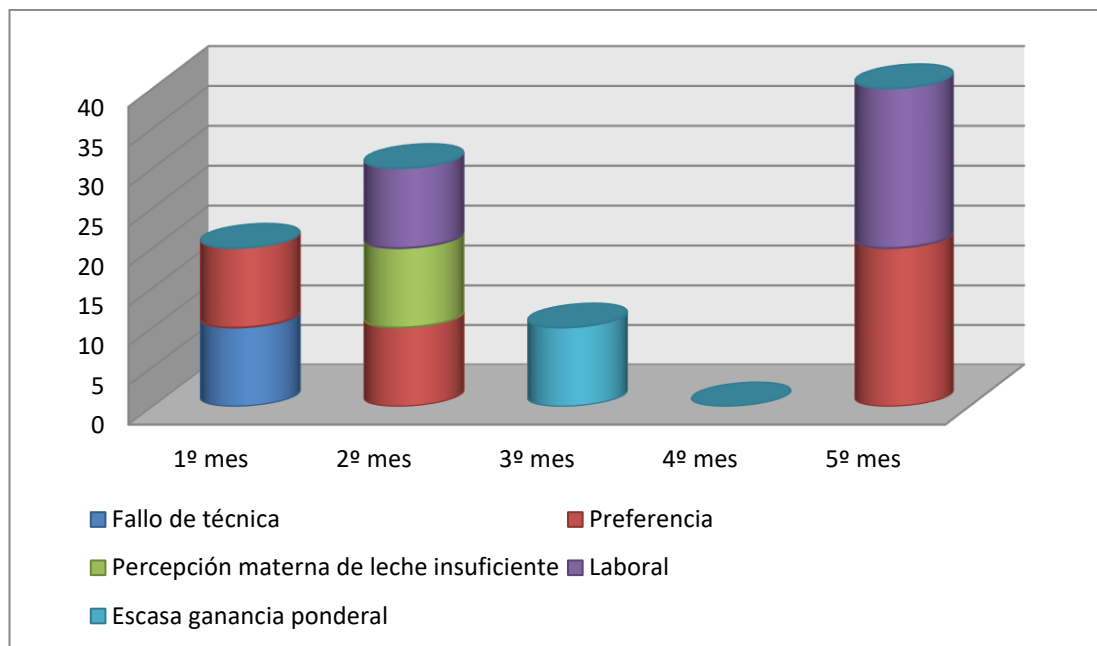


Figura 4. Porcentaje de mujeres que abandonaron la LME por distintos motivos según el mes. Cada barra representa el mes en el que se produjo el abandono, y cada color representa un motivo.

En referencia a quién tuvo la iniciativa de abandonar la LME antes de los 6 meses, los resultados muestran que en la mayoría de los casos (74%) fue la propia mujer, el 21% tomó la decisión habiendo consultado con personal sanitario y un 5% fue consejo de un familiar o amigo.

Es importante destacar que el 10% de todas las mujeres de la muestra, interrumpió la LME de manera precoz debido a una percepción materna de leche insuficiente. A continuación, en la **Figura 5** se estudian las variables que guardan relación con esta sensación de leche insuficiente. Como se muestra en la figura, el 75% administró suplementos al RN por iniciativa propia, un 25% tenía menos de 25 años y un 75% de mujeres eran primíparas. Todas contaban con apoyo para criar al RN y ninguna trabajó durante el periodo de lactancia, ninguna fumó durante el periodo de embarazo y lactancia y ninguna tenía sobrepeso antes de la gestación. Sin embargo, el 50% de estas mujeres sí tuvo sobrepeso después de dar a luz. Además, todas aquellas mujeres que tenían más hijos, habían llevado a cabo una alimentación distinta a la LME con su hijo anterior.

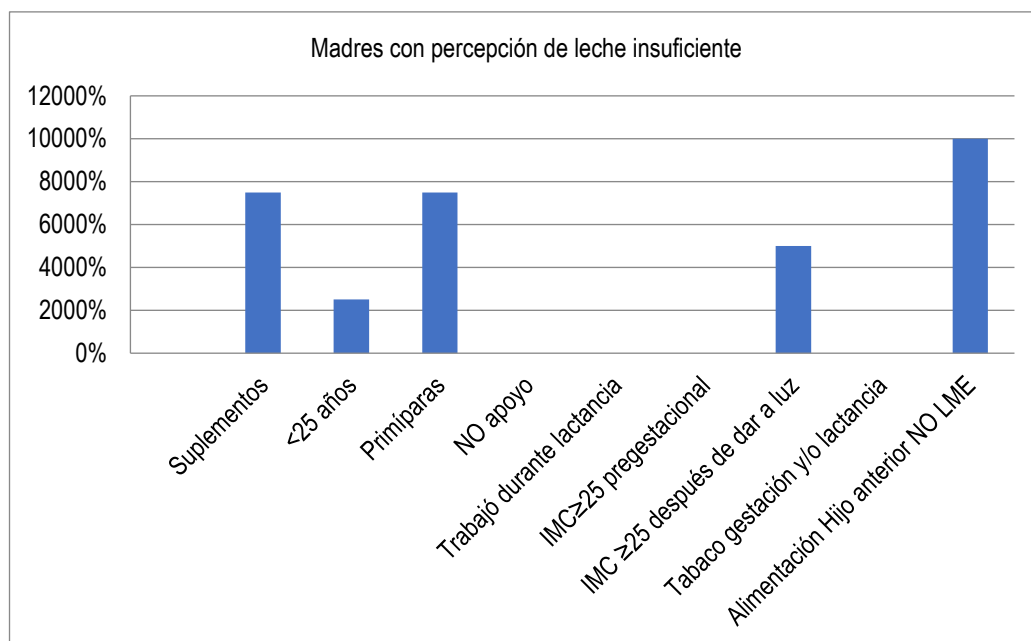


Figura 5. Porcentaje de mujeres que abandonaron precozmente la LME por percepción de leche insuficiente y las variables relacionadas con este motivo (eje abscisas).

4.3. VARIABLES SECUNDARIAS

- Intención del tipo de lactancia a llevar a cabo

En la **Tabla 1** se muestra cuánto tiempo tenían intención de mantener la LME las mujeres del estudio.

Tabla 1. Tipo de lactancia que tenían intención de llevar a cabo y durante cuánto tiempo.

	TODO EL TIEMPO QUE PUEDA	>6 MESES	ENTRE 3-6 MESES	<3 MESES	
LME	37%	14%	37%	2%	90% (37/41)
LA					10% (4/41)

Pese a esta intención inicial y tal y como se ha mencionado anteriormente, al 6º mes tras el parto solo el 54% de las mujeres mantuvo la LME, mientras que un 24% realizaba una Lmixta y el 22% restante una LA.

De esta forma, dentro del grupo de mujeres que tenían la intención de LME durante todo el tiempo que pudieran, solo la mitad (54%) mantenía a los 6 meses una LME (**Figura 6**); de las que querían una LME durante más de 6 meses, el 84% estaban con LME al 6º mes. Dentro de las mujeres que tenían la intención de LME durante 3 a 6 meses, el 60% mantuvo una LME durante 6 meses y el 7% la mantuvo de 3 a 6 meses; así, el 67% llevó a cabo la lactancia que tenía intención de dar mientras que el 33% restante no, ya que interrumpió la LME antes del 3º mes o pasó a una LA desde inicio a pesar de su intención inicial. El 100% de las mujeres cuya intención era LME <3 meses lo cumplió, pues la interrumpió en el 2º mes por preferencia, de la misma manera que las mujeres que querían una LA desde el inicio, quienes también el 100% de ellas cumplieron con sus intenciones.

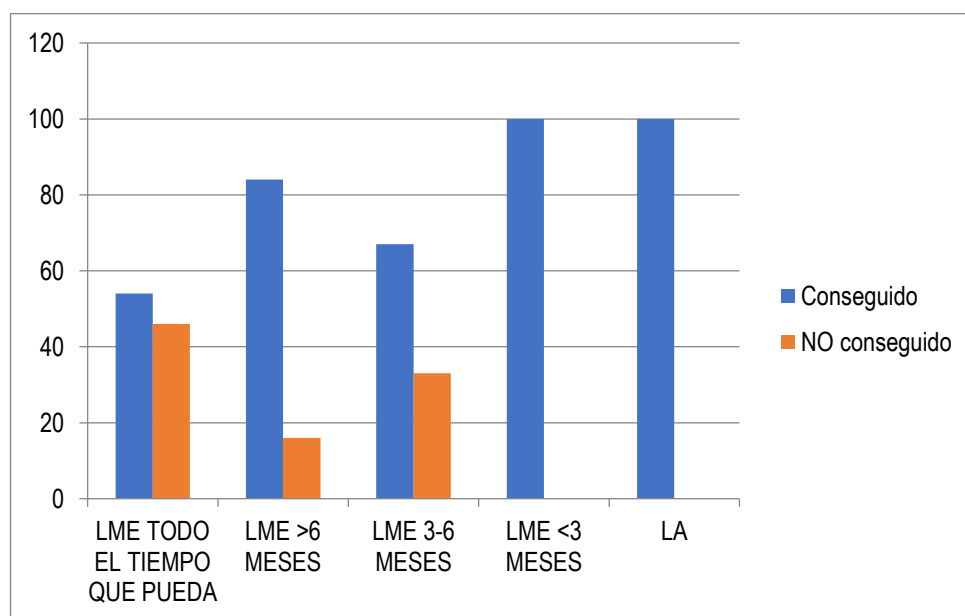


Figura 6. Porcentaje de mujeres que consiguieron (en azul) y no consiguieron (en naranja) mantener el tipo de lactancia que tenían intención de llevar a cabo (en el eje de abscisas).

Por otro lado, el 12% del total de las mujeres entrevistadas no inició la LM. De ellas, el 80% tenía intención de LA desde inicio y el 20% restante tenía intención de LME durante todo el tiempo que pueda.

Al alta hospitalaria, el 17% de las mujeres se fue a casa con una Lmixta y el 13% con una LA. Como se ha mencionado anteriormente, el 7% de mujeres de la muestra se fue a casa con una Lmixta debido a que necesitó suplementos por indicación pediátrica, pero luego mantuvo una LME durante 6 meses.

En la **Figura 7** se observa el tipo de lactancia que llevaron a cabo durante 6 meses las mujeres que se fueron al alta hospitalaria con una Lmixta (el 17% de las mujeres). Así, el 29% de estas mujeres mantuvieron ese mismo tipo de lactancia (Lmixta) durante los 6 meses y en todas ellas se estableció desde el primer momento por percepción materna de leche insuficiente, en el que el 50% fue por decisión materna y en el otro 50% fue por decisión materna habiendo consultado con personal sanitario. El 42% de las que se fueron al alta con Lmixta, consiguió una LME tras el alta hospitalaria. Este porcentaje corresponde al 7% del total de mujeres de la muestra que se ha mencionado con anterioridad, que son aquellas mujeres que se fueron a casa con una Lmixta debido a que el RN necesitó suplementos por indicación pediátrica, pero después lograron mantener una LME durante 6 meses. Por último, el 29% restante de las mujeres que se fueron al alta con Lmixta, cambió a una LA. Todas lo hicieron en el 1º mes, el 50% lo hizo por percepción materna de leche insuficiente y el otro 50% por fallo de técnica, siendo en todos los casos decidido por la madre.

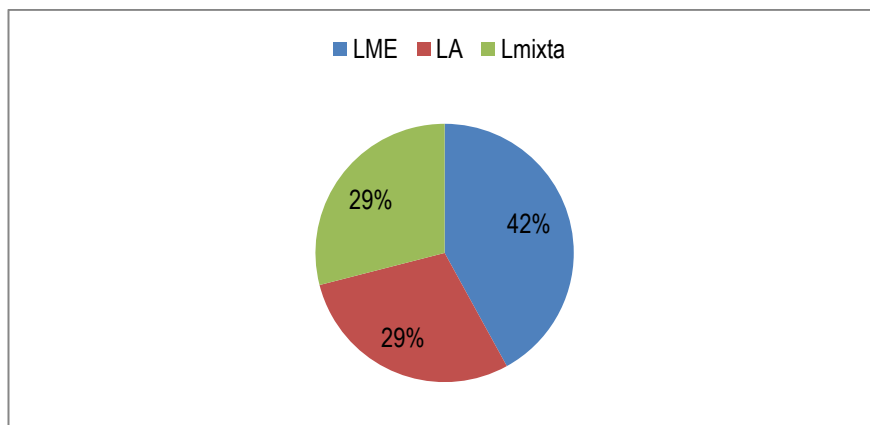


Figura 7. Tipo de lactancia llevada a cabo durante los 6 primeros meses en las mujeres que se fueron al alta con Lmixta.

- Nacionalidad

En cuanto a la nacionalidad, el 81% de las mujeres de toda la muestra, tenía nacionalidad española. De ellas, el 88% tenía intención de LME y solo el 50% lo llevó a cabo. De las mujeres con nacionalidad no española, todas (el 100%) tenían intención de llevar una LME y hasta el 63% lo consiguió. Los motivos de abandono más prevalentes de cada grupo se observan en la **Figura 8**.

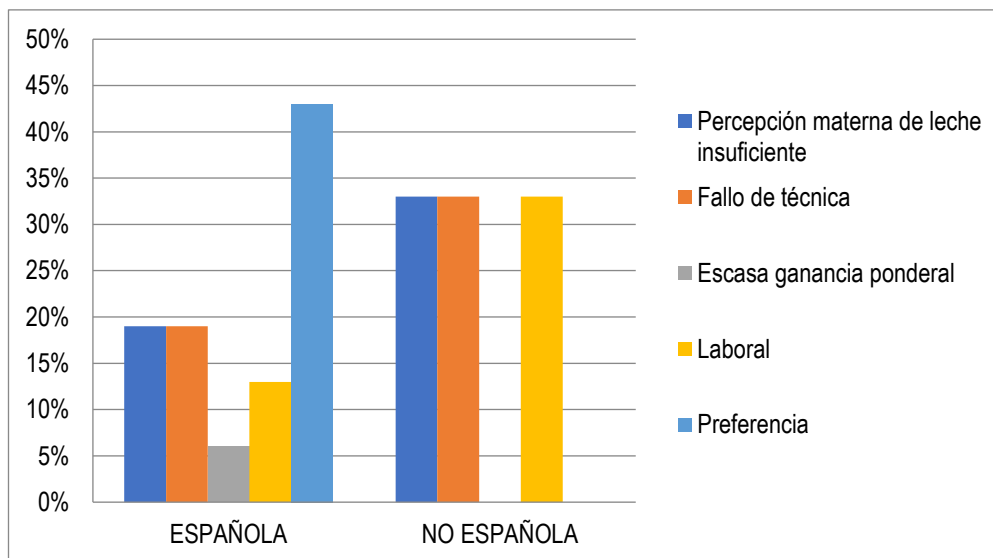


Figura 8. Distribución de las mujeres que abandonaron la LME por distintos motivos según la nacionalidad.

- Edad materna

En todos los grupos de edad materna, la forma de alimentación más frecuente fue la LME (Tabla 2). Se debe mencionar que la mayoría de las mujeres de la muestra (51%) se encontraban en el grupo de edad de 26-35 años, el 39% tenía 36 años o más y solo un 10% era igual o menor a 25 años.

Tabla 2. Tipo de lactancia llevada a cabo durante los 6 primeros meses según la edad materna.

EDAD	LME	Lmixta	LA
≤25 años	50%	25%	25%
26-35 años	58%	14%	28%
≥36 años	50%	38%	12%

- Nivel educativo

La mayoría de las mujeres de la muestra tenían estudios universitarios (68%). De estas, el 64% tenía intención de LME durante todo el tiempo que pueda o durante más de 6 meses. Tan solo un 3% había realizado únicamente los estudios básicos o primarios y ninguna de ellas tenía intención de LME durante los 6 meses. Por último, el porcentaje restante (29%) realizó tanto los estudios primarios como los secundarios, de las cuales solo el 25% tenía intención de LME durante todo el tiempo que pueda o durante más de 6 meses.

- Situación laboral

En cuanto a la situación laboral, cabe destacar que ninguna mujer era autónoma. Las mujeres asalariadas ocupaban el 73% de la muestra y las desempleadas el 27% restante.

La **Tabla 3** recoge la intención que tenían las mujeres asalariadas y el tipo de lactancia que consiguió llevar durante los 6 meses de lactancia

Tabla 3. Intención del tipo de lactancia que llevarían a cabo las mujeres asalariadas después de dar a luz y el tipo de lactancia que realmente establecieron durante los 6 primeros meses.

INTENCIÓN					TIPO LACTANCIA		
LME<3 meses	LME 3-6 meses	LME >6 meses	LME T.T.P	LA	LME	Lmixta	LA
3%	37%	13%	40%	7%	57%	27%	16%

Dentro de este grupo, aquellas mujeres que abandonaron la LME precozmente, el mes más prevalente de abandono fue el 1º mes seguido del 5º mes. En el 1º mes el motivo más frecuente fue la preferencia materna y en el 5º mes los motivos laborales.

Por otro lado, tan solo el 45% de las mujeres desempleadas llevó a cabo una LME, teniendo un gran peso en este caso la LA (hasta el 36% de ellas). En la **Tabla 4** se recogen los datos de las mujeres desempleadas. Solamente un 27% tenía intención de establecer una LME durante todo el tiempo que pudiera, así como solo un 18% tenía intención de mantenerla durante más de 6 meses.

Tabla 4. Intención del tipo de lactancia que llevarían a cabo las mujeres desempleadas después de dar a luz y el tipo de lactancia que realmente establecieron durante los 6 primeros meses.

INTENCIÓN					TIPO LACTANCIA		
LME<3 meses	LME 3-6 meses	LME >6 meses	LME T.T.P	LA	LME	Lmixta	LA
0%	36%	18%	27%	18%	45%	18%	36%

En este grupo de mujeres, todas las mujeres que abandonaron la LME precozmente lo hicieron en el 1º mes y los motivos más frecuentes fueron la preferencia materna seguida del fallo de técnica.

Como se ha descrito más arriba, el 73% de las mujeres participantes en el estudio eran asalariadas. De estas, el 34% pidió una reducción de jornada o una excedencia tras finalizar su permiso por maternidad, y de ellas el 80% mantuvo una LME durante 6 meses. El 20% restante abandonó la LME antes de los 6 meses estableciendo una LA desde el inicio por fallo de técnica.

- **Paridad**

En cuanto a la paridad, el 51% de las mujeres del estudio eran multíparas. El 43% de las mujeres mantuvo una LME durante más de 6 meses con su hijo anterior y ahora, de ellas el 78% vuelve a mantener una LME durante 6 meses. El 29% mantuvo una LME durante 3 a 6 meses con su hijo anterior y el 10% mantuvo una LME durante

menos de 3 meses. Cabe mencionar, que todas las mujeres multíparas que mantuvieron una LA con su hijo anterior (el 5% de la multíparas), ahora hacen lo mismo con su hijo actual.

- **TRA**

Únicamente el 7% de las mujeres de la muestra utilizaron TRA para conseguir la gestación. De ellas, el 25% tenía intención de dar LME durante todo el tiempo que pudieran y el 75% tenían intención de dar LME durante >6 meses. Sin embargo, solo el 25% de las mujeres que utilizaron TRA llevó a cabo una LME durante 6 meses. El 75% restante llevó a cabo una Lmixta, abandonando la LME bien por percepción materna de leche insuficiente en el primer mes o bien por motivos laborales en el 5º mes.

- **Tabaquismo**

Como otros motivos analizados en el presente estudio, el consumo del tabaco antes de la gestación fue del 27% de las mujeres y un 10% fumó durante la gestación. De estas últimas solo el 25% llevó una LME durante 6 meses y el 75% restante mantuvo una LA. Cabe destacar que, la mitad de las mujeres que fumaron durante la gestación, dejaron de fumar durante el periodo de lactancia. De manera opuesta, hubo un pequeño grupo de mujeres que no habiendo fumado durante la gestación (un 5% de este grupo), sí lo hizo durante el periodo de lactancia.

- **Comorbilidades asociadas a la gestación**

En relación a las comorbilidades maternas, se vio que las mujeres que padecieron diabetes gestacional o enfermedad hipertensiva del embarazo (un 15% de la muestra), solamente la mitad de ellas llevaron a cabo una LME durante 6 meses, un 33% llevó a cabo una LA y el 17% restante una Lmixta. Los motivos más prevalentes de abandonar LME antes de los 6 meses fueron: preferencia (75%) y escasa ganancia ponderal (25%). Más concretamente, las mujeres que padecieron diabetes gestacional (10% de la muestra), un 25% tuvo problemas a la hora de iniciar la LM, mientras que las mujeres que padecieron enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo (5% de la muestra), la mitad (50%) tuvieron problemas a la

hora de iniciar la LM. Además, hasta un 25% de los hijos de las mujeres con diabetes gestacional necesitó suplementos por indicación pediátrica.

- **Cirugía mamaria**

3 mujeres de toda la muestra, lo que supone un 7%, fueron sometidas a una cirugía mamaria. Una mujer (el 33% de todas las mujeres operadas) fue intervenida de una mamoplastia de aumento, otra mujer (33%) de una reducción mamaria y la última mujer (el 33% restante) por una mastitis. Este 33% que se sometió a una reducción mamaria, se fue de alta con LME a pesar de que tuvo problemas en iniciar la LM y tuvo que utilizar suplementos. Además, pudo mantener una LME durante los 6 primeros meses. Por otro lado, el 33% que se sometió a una mamoplastia de aumento, tuvo problemas al iniciar la LM, necesitó suplementos y pese a que su intención era llevar a cabo una LME durante todo el tiempo que pudiera, se fue de alta con Lmixta, y llevo a cabo una LA desde el 1º mes por fallo de técnica. Por último, el 33% restante (mastitis) estableció una LA desde el inicio por preferencia materna.

- **Asistencia a clases preparto**

Otra variable analizada fue la asistencia a clases preparto, cuya prevalencia fue del 76%. De este grupo de mujeres que asistió a dichas clases, el 58% tuvo la intención de mantener una LME durante más de 6 meses o durante todo el tiempo que pudiera y fue el 58% las que mantuvieron una LME durante 6 meses.

- **Problemas al iniciar la LM**

El 88% de mujeres que participaron en el estudio inició la LM y de estas, el 25% tuvo problemas a la hora de iniciar LM. De las mujeres de este último grupo, el 67% abandonó la LME antes de los 6 meses y el 33% mantuvo LME durante 6 meses. También se ha visto que de ese mismo grupo de mujeres que tuvieron problemas, el 67% administraron suplementos a sus hijos.

- Uso de pezoneras

Las mujeres que hicieron uso de pezoneras fueron el 17%. De ellas, la mayoría (58%) mantuvo una Lmixta durante los 6 meses de lactancia, el 28% una LA y solamente un 14% mantuvo una LME.

El momento del uso de pezoneras se dividió en dos periodos de tiempo: antes del alta hospitalaria (fueron el 57% de las mujeres que utilizaron pezoneras) y después del alta hospitalaria (el 43% restante).

En las **Figuras 9 y 10** se observa el tipo de lactancia llevada a cabo en cada grupo y cuál fue la alimentación del RN al alta hospitalaria, respectivamente. Del primer grupo (aquellas que usaron las pezoneras antes del alta hospitalaria), solo un 25% de ellas llevó a cabo una LME, el 50% llevó a cabo una LA y el 25% restante una Lmixta. Del último grupo (aquellas que usaron las pezoneras después del alta hospitalaria), todas (el 100%) se fueron al alta con una LME pero también todas ellas cambiaron a una LA antes de los 6 meses.

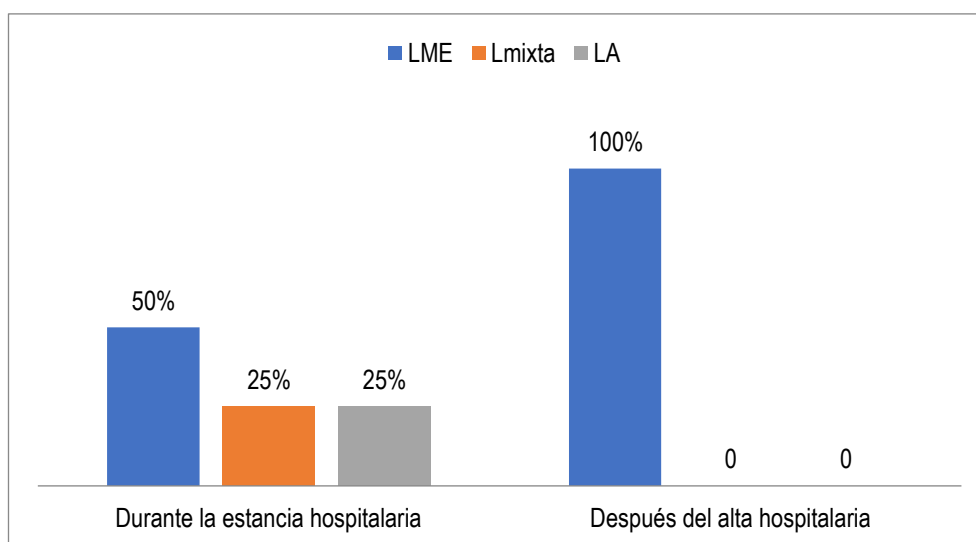


Figura 9. Distribución de las mujeres según el tipo de lactancia que mantenían al alta hospitalaria, en aquellas que utilizaron pezoneras durante la estancia hospitalaria y aquellas que las utilizaron después del alta hospitalaria.

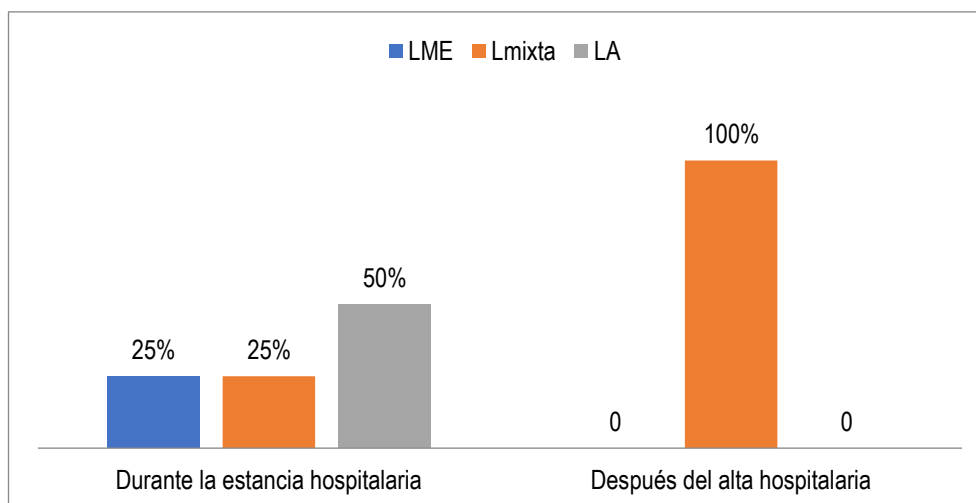


Figura 10. Distribución de las mujeres según el tipo de lactancia que llevaron a cabo durante los 6 primeros meses, en aquellas que utilizaron pezoneras durante la estancia hospitalaria y aquellas que las utilizaron después del alta hospitalaria.

Los motivos de abandono precoz de la LME en las mujeres que utilizaron pezoneras, fueron: fallo de técnica en el 1° mes (50%), laboral (17%) y preferencia (17%) ambos en el 5° mes y escasa ganancia ponderal (17%) en el 3° mes.

- **Suplementos alimenticios**

De las mujeres que iniciaron la LM, el 22% utilizó suplementos, en el 75% de casos fueron por indicación pediátrica y en el 25% restante por deseo materno. El 63% abandonó la LME antes de los 6 meses estableciendo una Lmixta en el 60% de los casos y una LA en el 40%.

- **Tipo de parto**

En relación al tipo de parto, el 83% fueron partos vaginales y el 17% fueron cesáreas. El tipo de lactancia varía según el tipo de parto y se observa en las **Figuras 11 y 12**.

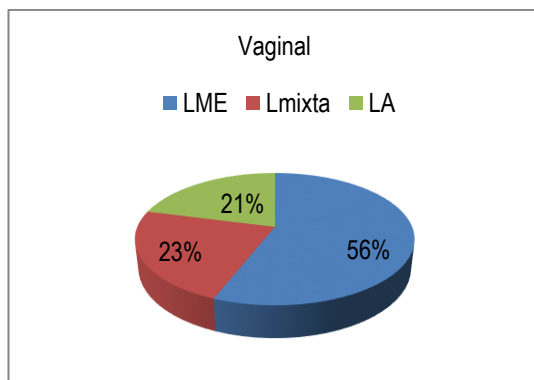


Figura 11. Tipo de lactancia que llevaron a cabo las mujeres que dieron a luz por vía vaginal durante los primeros 6 meses.

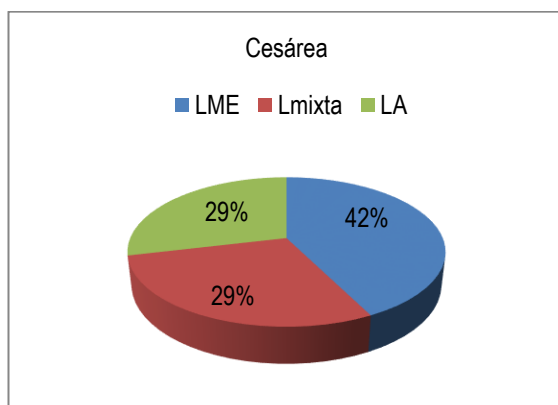


Figura 12. Tipo de lactancia que llevaron a cabo las mujeres que dieron a luz por cesárea durante los primeros 6 meses.

Por otro lado, la **Figura 13** recoge los problemas que surgieron al iniciar la LM en función del tipo de parto. Las mujeres que dieron a luz por cesárea tuvieron más problemas a la hora de iniciar la LM que aquellas que lo hicieron por vía vaginal (29% y 20% respectivamente).

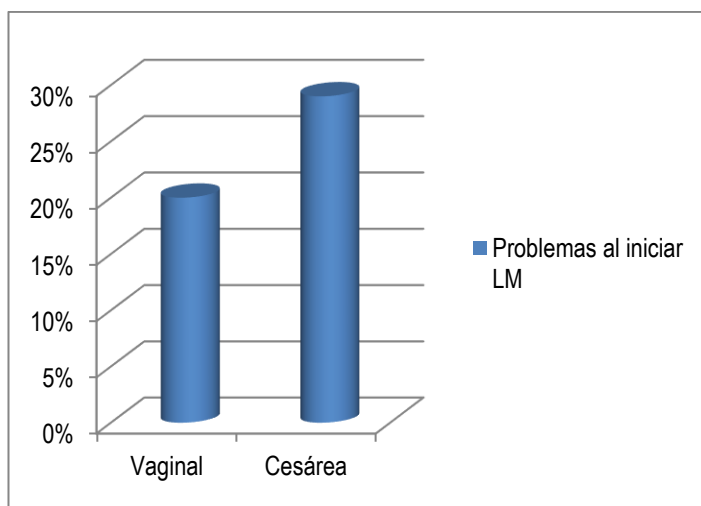


Figura 13. Porcentaje de mujeres que tuvieron problemas al iniciar la LM según el tipo de parto.

- Edad gestacional

Por último, se explica el tipo de lactancia llevada a cabo según la edad gestacional del RN (**Figura 14**). Las mujeres con parto en la semana 35 de embarazo fueron el 2%, las cuales llevaron a cabo una Lmixta, tuvieron problemas a la hora de iniciar la lactancia, utilizaron pezoneras al inicio de la lactancia y necesitaron suplementos por indicación pediátrica. Este 2% de mujeres interrumpió la LME en el 3° mes por escasa ganancia ponderal. Las mujeres que dieron a luz en la semana 36 fueron el 5%, y todas ellas mantuvieron una LA: la mitad inició la LA desde el inicio pues tenía esa intención y la otra mitad había tenido problemas a la hora de iniciar la lactancia, necesitó suplementos y se fue al alta con Lmixta pero instauró la LA en el primer mes, por percepción materna de leche insuficiente. En la semana 37 de embarazo, dio a luz el 7% de todas las mujeres participantes en el estudio, ninguna tuvo problemas en el inicio de la LM ni utilizó suplementos y todas ellas se fueron al alta con una LME manteniéndola durante 6 meses. Otro 7% de las mujeres parió en la semana 38, y mantuvo una LME el 67% de ellas y una Lmixta el 33%. La semana 39 y la semana 40 abarcan el 64% del total (32% cada mes), pero en la semana 39 predomina una Lmixta (el 46% de ellos), una LME en el 38% y el 16% restante llevó a cabo una LA. En la semana 40 predomina una LME (61%), el 15% de estas

mujeres llevaron una Lmixta y el 7% restante una LA. Por último, el 15% de las mujeres dieron a luz en la semana 41 y la mayoría llevó una LME (67%), y el 33% una LA.

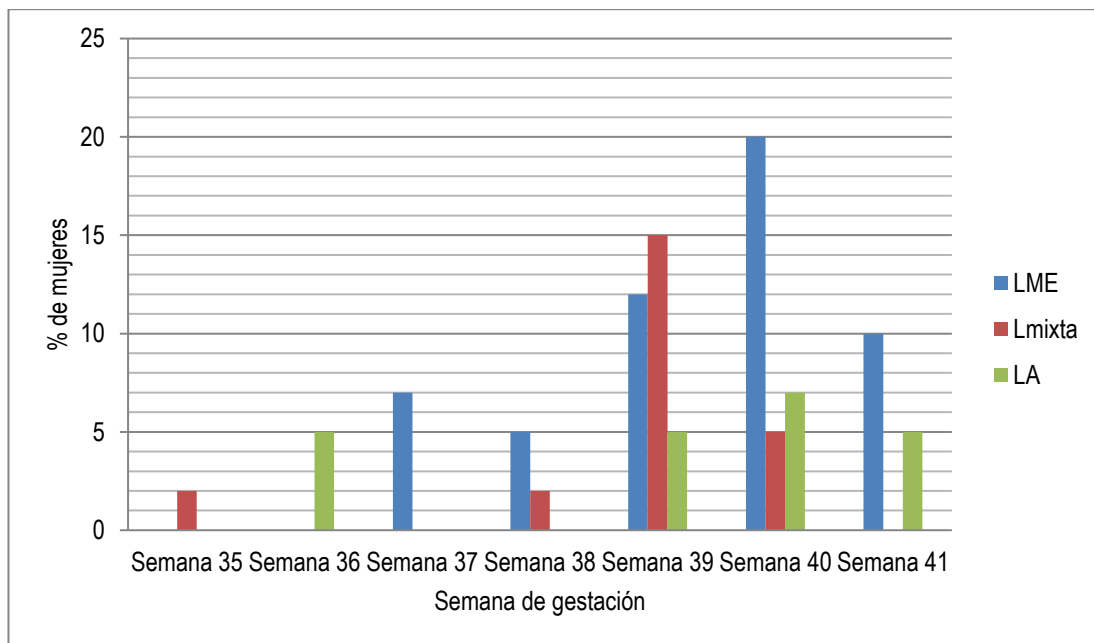


Figura 14. Tipo de lactancia llevada a cabo durante los 6 primeros meses según la edad gestacional.

5. DISCUSIÓN

Resulta imprescindible mencionar que este estudio se ha realizado a partir de la información obtenida en el momento del ingreso hospitalario en la Unidad de Maternidad, en el momento del alta hospitalaria y al 6° mes tras el parto, y que tiene como objetivo estudiar la prevalencia de la LME a los 6 meses en la población dependiente del HUB, así como los motivos más frecuentes del abandono.

Esta investigación presenta algunas limitaciones: a) por su muestra tan homogénea y escasa, es posible que sea poco representativo de la población general; y b) el diseño de este estudio no permite asegurar de forma inequívoca una relación causal de todas las variables asociadas al abandono de la LM. Respecto a la segunda limitación

debemos aclarar que no sería ético realizar estudios aleatorizados en temas de LM, dadas las demostradas ventajas de la LM frente a la LA y por tanto son este tipo de estudios de cohortes los que aportan un mayor nivel de evidencia al respecto.

La prevalencia de la LME de la cohorte del HUB al alta hospitalaria fue del 70% y a los 6 meses del 54%, cifra muy alejada de la intención inicial que tenía la mayoría de las mujeres después de dar a luz, puesto que casi un 90% pretendía mantener la LME durante los primeros 6 meses. Sin embargo, si se compara esta prevalencia de LME a los 6 meses (el 54%) con la prevalencia a nivel estatal de 2017, que según el Instituto Nacional de Estadística (INE) es el 39%, se observa que la población dependiente del HUB consigue con mayor frecuencia las recomendaciones establecidas por la OMS.

En general, el motivo más frecuente de no inicio o abandono de LME fue la preferencia materna y además en la mayoría de los casos fue por iniciativa propia de la madre. La edad de estas madres era en torno a 30 años, todas eran españolas y prácticamente la totalidad de ellas primíparas. Casi la mitad de este grupo de mujeres no tenía estudios universitarios ni empleo en ese momento. Muchas asistieron a clases preparto (el 70%), y sin embargo llama la atención que dicha asistencia no motivara a las mujeres a establecer una LME, teniendo hasta un 42% de ellas la intención de mantener una LA desde el inicio. Además, la mayoría de ellas fumaba antes del embarazo y de estas, casi todas mantuvieron ese hábito durante la gestación. Estas características maternas podrían ir de la mano de una falta de cultura sanitaria, lo que conlleva el desconocimiento de los beneficios de la LM, por lo que no priorizarían este tipo de alimentación haciendo más fácil su abandono.

El mes en el que más mujeres interrumpieron la LME fue el 5°. Sin embargo, los motivos de abandono varían según el mes, de forma que en el 5° mes las causas más prevalentes de interrupción fueron, en igual proporción, la preferencia materna y los motivos laborales. Esto sugiere que el momento de volver al trabajo es uno de los más difíciles para continuar con la LME, cuestión que podría ser atribuida a las deficiencias de la política de empleo, que no facilita la continuidad de la LM en las mujeres que trabajan fuera de casa. Sin embargo, la mayoría (el 80%) de las mujeres que pidieron una reducción de jornada o una excedencia, consiguió una LME, lo que

refleja la gran importancia de los derechos de la madre trabajadora pues son imprescindibles para que las mujeres consigan mantener la LME hasta el 6° mes.

Como se ha mencionado anteriormente, la intención de iniciar una LME fue del 90% y las mujeres que finalmente la iniciaron fue el 88%. Únicamente un 2% de ellas estableció una LA desde el primer momento. Estos resultados demuestran una gran motivación por parte de las mujeres con el fin de llevar a cabo la mejor alimentación posible para sus hijos.

Sin embargo, dicha motivación se ve interrumpida durante los 6 primeros meses tras el parto pues observamos que al alta hospitalaria la mayoría (el 70%) se fue a casa con una LME pero solo el 54% la mantuvo hasta los 6 meses, lo que respalda la existencia de factores que obstaculizan el mantenimiento de la LME.

Por otro lado, se encuentran aquellas mujeres que se fueron al alta con una Lmixta. En estas mujeres se ha visto que el motivo más frecuente tanto del inicio como del mantenimiento de este tipo de lactancia, es la percepción materna de leche insuficiente. Esto refuerza la idea de que es esta sensación de leche insuficiente una de las principales que llevan a la administración precoz de suplementos alimenticios. De este modo, vemos que hasta un 10% de todas las mujeres de la muestra, interrumpieron la LME anticipadamente a causa de este motivo. El 75% de las mujeres que interrumpieron la LME eran primíparas y hasta un 25% de ellas tenía menos de 25 años, lo que podría reflejar una falta de experiencia e inseguridad a la hora de amamantar, lo que conlleva a que hasta el 75% de estas mujeres administró suplementos al RN por iniciativa propia, como se ha mencionado anteriormente. Además, la mitad de estas mujeres tenían sobrepeso, pudiendo esto dificultar el inicio de la LM por un retraso en la lactogénesis II. Así mismo, dentro de este mismo grupo de mujeres, destacan aquellas que tenían más hijos, pues todas habían llevado a cabo una alimentación distinta a la LME con su hijo anterior, lo que sugiere una experiencia negativa previa y por tanto una falta de confianza en la LME que va de la mano con un abandono precoz de la misma.

En contraposición, se encuentran las mujeres (el 12%) que no iniciaron la LM, teniendo muchas de ellas esa intención desde el inicio. Este porcentaje no debe ser menospreciado pues indica que, en la actualidad, todavía existen mujeres que no son

partidarias de una LM, lo que lleva a pensar en una baja educación sanitaria. Sin embargo, de este grupo de mujeres, la mayoría (el 60%) tenían estudios universitarios y el 40% restante estudios secundarios. Es interesante mencionar, que solo hubo una mujer en el estudio que había cursado únicamente los estudios primarios, quien llevó a cabo una LA desde el 1º mes por preferencia materna a pesar de que su intención inicial era mantener una LME durante 3 a 6 meses.

Se aprecia una diferencia de preferencias entre nacionalidades en relación al tipo de lactancia llevada a cabo. Todas las mujeres no españolas tenían intención de establecer una LME mientras que, en el grupo de mujeres españolas, había un pequeño porcentaje que no pretendían dar el pecho y así lo hicieron. Es importante mencionar que hasta el 75% de las mujeres no españolas no tenían estudios universitarios, por lo que el nivel educativo no jugó un papel importante en la intención de LME en este grupo de mujeres, pudiendo haber influido otros factores como puede ser la cultura de la crianza natural, entre otras. De esta manera, fueron más, en proporción, las mujeres no españolas que mantuvieron una LME durante los 6 meses. Además, la causa más frecuente de abandono precoz de LME también varía entre los dos grupos: la preferencia materna fue, con creces, el motivo de mayor peso entre las mujeres españolas, mientras que, en el grupo de mujeres de nacionalidad no española, este no fue el único motivo. Se debe mencionar que a diferencia de lo que otros estudios han demostrado (15), fueron las madres de nacionalidad no española, las que con mayor frecuencia experimentaron una percepción de leche insuficiente.

La edad materna, sin embargo, apenas influyó en el tipo de lactancia llevado a cabo. A diferencia de lo reflejado en la literatura (17), el abandono de la LME no fue más prevalente en el grupo de mujeres más jóvenes.

En cuanto a la situación laboral, los resultados de este estudio muestran que el desempleo no es un factor favorecedor de la LME. Se podría pensar que, al disponer de más tiempo, un mayor porcentaje de mujeres mantendría la LM de manera más prolongada. Sin embargo, menos de la mitad de las mujeres desempleadas mantuvo una LME durante 6 meses. Por contra, más de la mitad de las mujeres asalariadas sí la mantuvieron. También la intención del tipo de alimentación varía de un grupo a otro: la intención de establecer una LME durante todo el tiempo que pueda, en el

grupo de desempleadas fue menor que en el grupo de mujeres asalariadas. No obstante, como se ha mencionado anteriormente, dentro del grupo de mujeres trabajadoras, el motivo laboral sí fue una de las principales causas de abandono de la LME, sobretodo en el 5º mes.

En cuanto al consumo del tabaco, tan solo el 25% de las mujeres que fumaron durante el embarazo consiguieron llevar a cabo una LME durante 6 meses, mientras que el resto de mujeres llevó a cabo una LA. Estos resultados defienden lo que otros muchos estudios han demostrado: que el tabaquismo materno durante la gestación influye en la LM (7). Cabe mencionar que el 10% de las mujeres fumaron durante el embarazo y si lo comparamos con la población general de España es un porcentaje bastante reducido, pues según un estudio realizado por el Instituto de Salud Carlos III, el porcentaje de embarazadas fumadoras en España en 2016 fue del 20,4%. Sin embargo, todavía se debe incidir en educar a las madres informando de lo perjudicial que es el tabaco durante la gestación tanto para ellas como para el RN con el idílico objetivo de que ese porcentaje sea nulo.

Por otro lado, solamente el 58% de las mujeres que asistieron a clases preparto consiguieron una LME durante los 6 primeros meses. Este porcentaje no es el esperado teniendo en cuenta que es durante esas clases donde las madres adquieren muchos de los conocimientos acerca de los beneficios de la LM, así como las técnicas de agarre del niño al pecho.

En relación al tipo de parto se observa que el grupo de mujeres que dio a luz por cesárea tuvo más problemas a la hora de iniciar la LM que aquel que lo hizo por vía vaginal (un 29% y un 20% respectivamente). De esta manera, el porcentaje de mujeres que consiguió una LME exclusiva fue menor en aquellas que dieron a luz por cesárea (42% vs un 56% que dieron a luz por vía vaginal). Estos resultados coinciden con la evidencia científica, ya que hay estudios que demuestran que las mujeres que dan a luz con cesárea mantienen en menor frecuencia y duración la lactancia. Así, mujeres que han dado a luz por cesárea tienen más riesgo de retrasar el inicio de la LM y de establecer una LM no exclusiva (20,21).

En cuanto a la alimentación llevada a cabo según la edad gestacional del RN, se observan diferencias entre los niños a término y los niños pretérminos. De los

nacidos en la semana 35 y 36, ninguno fue alimentado con LME durante los 6 meses y la mayoría tuvo problemas a la hora de iniciar la LM, necesitaron suplementos e hicieron uso de pezoneras. Es a partir de la semana 37 en adelante, cuando se observa que va ganando importancia la LME, con menos problemas a la hora de iniciar la LM, menor uso de suplementos, y mayor porcentaje de LME al alta; alcanzando el máximo porcentaje en la semana 40 de edad gestacional. Tal y como está descrito en la literatura (22), todo esto pone de manifiesto los problemas de alimentación asociados a la prematuridad.

Por otro lado, se observa que la experiencia previa con el hijo anterior tiene gran importancia en el tipo de lactancia que se llevará a cabo. La mayoría de las mujeres que mantuvo una LME con su hijo anterior, con el hijo actual la vuelve a mantener. De igual manera ocurre con las mujeres que llevaron a cabo una LA con su hijo previo, que ahora todas ellas establecen esa misma alimentación.

En cuanto a la cirugía mamaria, se ha visto que todas las mujeres que fueron sometidas a una cirugía mamaria (3 mujeres del estudio en total), tuvieron problemas y utilizaron suplementos. En contraposición a lo demostrado en otros estudios (19), solamente aquellas cuya cirugía fue una reducción de pecho, pudieron irse al alta con una LME y mantenerla durante 6 meses. Sin embargo, este resultado puede ser poco representativo por tratarse de una muestra muy pequeña (tan solo 1 mujer del estudio fue sometida a una reducción de pecho). Por el contrario, las mujeres que fueron sometidas a una mamoplastia de aumento, pese a su intención inicial de mantener una LME durante todo el tiempo que pudieran, se fueron al alta con una Lmixta y pasaron a LA en el primer mes, por fallo de técnica. Las mujeres operadas por una mastitis, iniciaron una LA desde el inicio por preferencia materna.

Las comorbilidades maternas durante la gestación, también dificultaron el inicio de la LM. Así mismo se vio incrementada la necesidad de suplementos alimenticios en los hijos de mujeres con diabetes gestacional. De esta forma, solo la mitad de las mujeres con comorbilidades asociadas a la gestación, logró una LME durante 6 meses.

En las mujeres de la muestra, el uso de pezoneras dificultó el establecimiento y el mantenimiento de la LME, pues solamente un pequeño porcentaje (14%) de las

mujeres que utilizaron pezoneras llevó a cabo una LME durante 6 meses. Además, las pezoneras pudieron favorecer la mala técnica de agarre y succión, pues de las mujeres que abandonaron la LME y que utilizaron pezoneras, el motivo de abandono de la mitad de ellas fue un fallo de técnica en el 1º mes. También se vio que el momento del uso de pezoneras pudo influir, pues las mujeres que hicieron uso de las pezoneras al inicio de la lactancia, tuvieron más éxito en cuanto al inicio y mantenimiento de la LME, que aquellas que utilizaron las pezoneras después del alta hospitalaria.

En cuanto a las madres que utilizaron TRA, todas ellas tenían intención de alimentar a sus hijos con LME durante más de 6 meses. Esto sugiere que las mujeres que buscan embarazo, tienen la intención de seguir las recomendaciones que establece la OMS para que sus hijos se beneficien de una alimentación óptima. Sin embargo, solo un 25% consiguió cumplirlo. Por motivos de percepción de leche insuficiente o por motivos laborales, estas mujeres interrumpieron la LME de manera precoz para llevar a cabo una Lmixta.

6. CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que el porcentaje de mujeres de la población dependiente del HUB que mantiene una LME, supera a la media española. Aún con todo, son cifras que todavía podrían mejorar mucho pues como se ha venido diciendo hasta ahora, las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud en la infancia.

Una vez conocidos los factores de riesgo de abandono precoz de la LM, se podría concluir que existe una falta de conocimiento acerca de las ventajas que ofrece la LM, que al fin y al cabo es lo que pone en peligro la alimentación óptima del RN. Durante los dos últimos siglos, se ha perdido la cultura del amamantamiento y crianza natural lo que podría estar determinado por los cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial entre los que destacan la incorporación de la mujer al trabajo asalariado, que llevó a adoptar la LA como método de alimentación a los hijos (23). Además, la entrada al mercado de leche de

vaca adaptada para los RN hizo crecer enormes intereses económicos por parte de las industrias farmacéuticas, las cuales ejercieron una gran presión a favor de éstas, haciendo que varias generaciones prescindieran en aquel entonces del amamantamiento. Por este motivo, durante los últimos años se hizo necesario tomar medidas para favorecer la LM, como la restricción de la publicidad y promoción de fórmulas de inicio. De esta manera, la información que sea publicada a cerca de la LA “no deberá insinuar ni hacer creer que es equivalente o superior a la lactancia materna”, tal y como viene determinado en el Artículo 9, del Real Decreto 867/2008, del 23 de mayo.

Por este motivo, se considera necesario recuperar la cultura del amamantamiento y con esto reducir el porcentaje de mujeres que deciden no iniciar la LM. Por consiguiente, es primordial proporcionar a los padres información completa y actual a cerca de los beneficios de la LM (tanto para la madre como para el niño), técnicas adecuadas para la alimentación al pecho, cuidados de la mama y técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento, todo ello impartido por personal bien formado en lactancia. Para conseguir esto, los sanitarios tenemos la obligación de actualizar nuestros conocimientos teóricos y prácticos de forma que todos transmitamos una información veraz, coherente y validada a las madres que quieren amamantar a sus hijos.

Así surgió la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). Esta iniciativa ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, centros de salud y en particular las salas de maternidad, a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento. La IHAN cuenta con programas de formación de manera presencial y online para los profesionales de salud así como con grupos de apoyo a la LM desde el inicio hasta el destete final. Estos grupos de apoyo son gratuitos y de libre acceso, y están abiertos para embarazadas, madres y acompañantes que comparten sus experiencias y dudas al respecto donde se intenta resolver problemas y situaciones difíciles que pueden aparecer durante la lactancia. De esta forma, se consigue que las madres puedan solicitar consejos a quien está cualificado para ello.

No deberían existir oportunidades perdidas para apoyar la LM en cualquier contacto que la madre y el niño tengan con el sistema de salud que involucre a médicos, matronas o enfermeras. Asimismo, no se debe olvidar incluir a los miembros de la familia u otros allegados en las sesiones de educación en LM.

En vistas a los resultados obtenidos, la percepción materna de leche insuficiente es uno de los factores que más peso tienen en el fracaso de la LM. Se debe a la errónea percepción que sufre la madre de que su bebé no queda satisfecho después de las comidas. Esto puede ocurrir ya que muchas madres desconocen el funcionamiento de la lactancia a demanda, los signos precoces de hambre y los signos fiables de ingesta de leche, entre otras. Por tanto, es primordial formar y dar mayor apoyo a las madres primerizas, quienes tienen mayor riesgo de abandono en esta etapa.

La segunda causa de abandono de LME en este estudio fue el fallo de técnica posiblemente debido a que la mayoría de las madres ignoran que muchos problemas como la mastitis, las grietas o el dolor, podrían solucionarse y prevenirse de manera sencilla, ya sea adoptando una postura correcta o dando el pecho a demanda. Informando a las madres sobre estos sucesos normales en la lactancia, se les da seguridad y confianza, factor determinante a la hora de continuar con la LME.

Por otro lado, para que aquellas mujeres que quieren o deben reincorporarse al trabajo puedan seguir amamantando, lo primero y fundamental es concienciar a la sociedad de que la LME hasta los 6 primeros meses es la mejor opción de alimentación y la más beneficiosa tanto para el RN como para la madre, y debe ser protegida a toda costa. Para facilitar esto, se podrían tomar distintas medidas, como: a) disponer de salas de lactancia para que las madres puedan sacarse leche en el lugar de trabajo; b) impulsar la flexibilidad horaria o la reducción de jornada; c) disponer de guarderías adjuntas al trabajo; d) trabajar desde casa (teletrabajo)... Sin embargo, la medida que mayor impacto podría generar sería la prolongación del permiso de maternidad.

Bulgaria, a la cabeza de la prestación de maternidad más alta de Europa, cuenta con 58 semanas (410 días) de permiso y en Reino Unido, el segundo país con la mayor prestación por maternidad, las madres tienen derecho a 52 semanas. Como se ha explicado anteriormente, España cuenta únicamente con 16 semanas de permiso de

maternidad, situándose por detrás de muchos países europeos, por lo que todavía tiene un largo camino que recorrer.

Por otro lado, muchos países europeos disponen de escasas semanas de permiso materno para lograr las recomendaciones de la LME, y aún así, cuentan también de semanas de permiso paterno en igual proporción que las maternas. España en concreto, disfruta de 16 semanas de permiso materno y actualmente de 10 semanas de permiso paterno, de modo que sería lógico pensar que si esas semanas del permiso paterno fueran destinadas a prolongar el permiso materno, se conseguiría un mayor porcentaje de lactancias maternas exitosas y prolongadas, buscando alcanzar en última instancia las recomendaciones y estándares internacionales.

No obstante, es cierto que de esta forma estaríamos limitando a las madres el acceso al mundo laboral, privándolas de las mismas oportunidades que tienen los hombres, algo por lo que las mujeres han estado luchando durante siglos y por lo que, lógicamente, no están dispuestas a renunciar. Por este motivo, se están tomando otras medidas como por ejemplo, aumentar progresivamente el permiso de paternidad. Como se ha mencionado al principio del estudio, País Vasco cuenta ya con 16 semanas de permiso laboral tanto para el padre como para la madre. Sin embargo, volviendo a los estándares internacionales de salud (LME durante los 6 primeros meses), nos damos cuenta de que el permiso de paternidad no resulta tan necesario para la alimentación óptima del RN como lo es el de la madre.

Por lo tanto, es ahora cuando nos percatamos de lo indispensables que resultan las mujeres, y en concreto madres, en la sociedad actual pues de ellas depende nuestra salud, así como de las generaciones venideras. Así pues, se hace necesario cuidar a toda costa a estas madres trabajadoras, facilitando y ofreciendo las ayudas que sean necesarias para que los motivos laborales no conlleven el cese del mejor aporte alimenticio que el ser humano puede tener, para poder crecer y desarrollarse de forma óptima.

Además, estas medidas no solo serían beneficiosas en términos de salud, sino también en términos económicos para la propia empresa. Esto es debido a que durante el primer año de vida, los niños amamantados con leche materna presentan

una reducción de hasta un 50% en la morbilidad característica de esta etapa de la vida (2), con lo que se reduciría el absentismo laboral de sus progenitores.

Por todo lo anteriormente descrito, es primordial concienciar a la sociedad de que la LM no es una opción como otra cualquiera de alimentación. Para que esta práctica se realice de manera plena y satisfactoria, es necesaria una actuación integrada y coordinada, partiendo por la esfera sanitaria (pediatras, ginecólogos, matronas, enfermeras...) hasta llegar a la esfera política (gobiernos, administraciones públicas...). Está en la mano de todos recuperar esta costumbre tan única y especial que aporta innumerables beneficios en todas las esferas de la vida.

ANEXO 1

A.1. ENCUESTA INICIAL

Primera encuesta presencial a las 24 horas postparto en la Unidad de Maternidad.

Por favor, marque la casilla que corresponda. En caso de no haber casilla, escriba con número o letra la respuesta.

- ¿Qué edad tiene usted?:
- ¿Cuál es su país de origen?: España / No España
- ¿Cuál es su nivel educativo?: Estudios primarios / Estudios Secundarios / Estudios Universitarios
- ¿Cuál es su situación laboral?: Desempleada /Asalariada /Autónoma
- ¿Cuenta usted con apoyo/pareja que le ayudará a criar al recién nacido?: Sí /No
- ¿Tiene usted más hijos?: Sí/No
- Si tiene más hijos, ¿Cuántos hijos más tiene?:
- Si tiene más hijos, ¿Qué edad tienen en la actualidad?:
- Si tiene más hijos, ¿Cuál fue la alimentación del hijo anterior?:
 - o Lactancia materna exclusiva durante un periodo menor a 3 meses
 - o Lactancia materna exclusiva durante un periodo de entre 3 y 6 meses
 - o Lactancia materna exclusiva durante un periodo de más de 6 meses
 - o Lactancia mixta desde el inicio
 - o Lactancia artificial desde el inicio
- ¿Utilizó usted técnicas de reproducción asistida? Sí / No
- ¿Qué peso (kg) tenía antes de quedar embarazada?:
- ¿Cuál es su estatura?:
- ¿Acostumbraba usted a fumar antes de la gestación? Sí / No
- ¿Fumó usted durante la gestación? Sí / No
- ¿Padeció usted de diabetes gestacional? Sí /No
- ¿Padeció usted de hipertensión arterial durante la gestación? Sí /No

- ¿Alguna vez fue sometida a una cirugía mamaria (reducción de pecho, tumor...): Sí / No
- ¿Asistió usted a clases pre-parto?: Sí / No
- ¿Cuál es el tipo de lactancia que tiene intención de dar?:
 - o Lactancia materna exclusiva
 - o Lactancia artificial
 - o Lactancia mixta
 - o No decidido
- Si tiene intención de dar lactancia materna, ¿cuánto tiempo pretende dar el pecho a su hijo?
 - o Durante menos de 3 meses
 - o Durante 3 y 6 meses
 - o Durante más de 6 meses
 - o Durante todo el tiempo que pueda
- ¿Cuál fue el tipo de parto?: Vaginal /Cesárea
- ¿De cuántas semanas estaba usted cuando dio a luz?:

Fin del primer cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.

A.2. ENCUESTA PREVIA AL ALTA DE MATERNIDAD

Segunda encuesta presencial, justo antes del alta hospitalaria en la Unidad de Maternidad.

Por favor, marque la casilla que corresponda. En caso de no haber casilla, escriba con número o letra la respuesta. Gracias.

- En el momento del alta hospitalaria, ¿qué tipo de lactancia está recibiendo el recién nacido?:
 - o Lactancia materna exclusiva
 - o Lactancia mixta
 - o Lactancia artificial
- ¿Ha tenido usted problemas al iniciar la lactancia materna?: Sí / No
- ¿Ha hecho/está haciendo usted uso de pezoneras?: Sí / No

- ¿Ha recibido suplementos de fórmula de inicio (leche artificial como suplemento) durante su estancia en la Unidad de Maternidad?: Sí / No
 - o En caso afirmativo, ¿fue por indicación del pediatra / por iniciativa propia ?

Fin del segundo cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.

- Por favor, escriba un número de teléfono para que podamos contactar con usted dentro de 6 meses:
- Horarios preferentes para realizar la llamada:

A.3. ENCUESTA TELEFÓNICA

Tercera y última encuesta, esta vez telefónica, tras los 6 primeros meses después del parto.

- ¿Cuál era su peso (en kg) después de dar a luz?
- ¿Cuál es su estatura?:
- ¿Cuál ha sido el tipo de lactancia que se ha llevado a cabo durante estos 6 meses?:
 - o Lactancia materna exclusiva
 - o Lactancia artificial
 - o Lactancia mixta
- En caso de interrumpir lactancia materna exclusiva antes del 6º mes:
 - o ¿Hasta qué mes mantuvo lactancia materna exclusiva?:
 - o ¿Cuáles fueron las razones por las que se interrumpió dicha lactancia?:
 - Motivos laborales ,
 - Poca leche ,
 - Problemas de técnica de lactancia (mal agarre, grietas, dolor...) ,
 - Escasa ganancia ponderal
 - Otras razones (¿cuáles?):
 - o ¿Quién lo aconsejó (personal sanitario / particular: amigo, familiar / usted por iniciativa propia ...)
- ¿Hizo usted uso de pezoneras?: Sí / No

- ¿Dispuso usted de permiso/baja maternidad?: Sí / No ¿Durante cuánto tiempo? (Media, en semanas):
- ¿Trabajó usted durante el periodo de lactancia? Sí / No
- ¿Pidió/le fue concedida una reducción de jornada/excedencia durante el periodo de lactancia? Sí / No
- ¿Fumó usted durante la lactancia? Sí / No

BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses es lo mejor para todos los niños [Internet]. 2011 [citado 3 de marzo de 2020]. Disponible en:
https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/es/
- (2) WHO/UNICEF. The Innocenti Declaration [Internet]. Unicef para cada niño. 1990 [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en:
https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
- (3) OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. 2010. 120 p. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf;jsessionid=7257FEC02C07729D65EE350CADF7EA41?sequence=1
- (4) Pallás CR. Promoción de la lactancia materna [Internet]. 2006 [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion_de_lactancia_previnfad.pdf
- (5) Pokhrel S, Quigley MA, Fox-Rushby J, McCormick F, Williams A, Trueman P, et al. Potential economic impacts from improving breastfeeding rates in the UK. Arch Dis Child.2015;100(4):334-40.
- (6) Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. [citado 30 de marzo de 2020]; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/lm.pdf>
- (7) OMS. UNICEF. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. [Internet]. 2009. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/2-razones_sucedaneos_2009.pdf
- (8) Torniainen S. Congenital lactase deficiency--a more common disease than previously thought? Duodecim.2009;125(7):766-70.
- (9) Anderson S, Koniaris S, Xin B, Brooks SS. Congenital Glucose–Galactose Malabsorption: A Case Report. J Pediatr Health Care. 2017;31(4):506-10.

- (10) Banta-Wright SA, Shelton KC, Lowe ND, Knafl KA, Houck GM. Breastfeeding Success Among Infants With Phenylketonuria. *J Pediatr Nurs.* 2012;27(4):319-27.
- (11) Kose E, Aksoy B, Kuyum P, Tuncer N, Arslan N, Ozturk Y. The Effects of Breastfeeding in Infants With Phenylketonuria. *J Pediatr Nurs.* 2018;38:27-32.
- (12) Paricio JM. Fenilcetonuria del lactante [Internet]. e-lactancia. 2019 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.e-lactancia.org/breastfeeding/infant-phenylketonuria/product/>
- (13) Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. 2016; Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
- (14) Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e726-32.
- (15) Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics.* 2008;122(Supplement 2):S69-76.
- (16) Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician Support and Psychosocial Risk Factors Associated With Breastfeeding Discontinuation. *Pediatrics.* 2003;112(1):108-15.
- (17) Ahluwalia IB. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics.* 2005;116(6):1408-12.
- (18) Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The Effect of Maternity Leave Length and Time of Return to Work on Breastfeeding. *Pediatrics.* 2011;127(6):e1414-27.
- (19) Lee JH, Zuckerman D. Silicon, Silicone, and Breast Implants. *Pediatrics.* 2002;110(5):1030-1030.

- (20) Paksoy Erbaydar N, Erbaydar T. Relationship between caesarean section and breastfeeding: evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):55.
- (21) Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):90.
- (22) Luz LS, Minamisava R, Scochi CGS, Salge AKM, Ribeiro LM, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(6):2876-82.
- (23) Aguayo J. Lactancia Materna: guía para profesionales. [Internet]. Prenatal; 2004 [citado 20 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf