

Artículo original

Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM

Types of breastfeeding and reasons that influence to stop it before 6 months. LACTEM Study

Rosa Cabedo^{1,3,5}, Josep M. Manresa^{2-4,9}, M. Victoria Cambredó^{1,6}, Laura Montero^{1,3,4,7}, Azahara Reyes^{1,3,4,6}, Roser Gol^{1,3,8}, Gemma Falguera^{1,3,10}

¹Matrona. ²Biólogo, Enfermero. ³Grupo de Investigación Emergente en Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (GRASSIR), preconsolidado por AGAUR. ⁴Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. IDIAP Jordi Gol. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). ⁵Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). Institut Català de la Salut (ICS). Granollers (Barcelona). ⁶ASSIR. ICS. Sabadell (Barcelona). ⁷ASSIR. ICS. Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). ⁸ASSIR. ICS. Badalona (Barcelona). ⁹Departament d'Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona. Cerdanyola del Vallès (Barcelona). ¹⁰Directora de ASSIR Metropolitana Nord. ICS. Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Conocer la evolución de la lactancia materna (LM) y la lactancia materna exclusiva (LME) desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. Identificar las principales dificultades, las causas de abandono y las expectativas de las usuarias sobre la lactancia.

Material y métodos: Estudio observacional, de seguimiento longitudinal de una cohorte de madres/hijos desde las 35 semanas de embarazo, el puerperio temprano y tardío, y hasta los 6 meses de vida en el Área Metropolitana Norte de Barcelona. Se realizó un seguimiento final de 541 sujetos. Los datos fueron recogidos por las matronas a través de un cuestionario específico. Se recogen los tipos de lactancia definidos por la Organización Mundial de la Salud, las dificultades, las causas de abandono y la intención de duración de ésta.

Resultados: Al alta, la LM y la LME fueron del 94,8 y el 75,3%, respectivamente, y a los 6 meses del 63,3 y 16,8%. Los accesorios (chupetes, tetinas, pezoneras) son los principales elementos que dificultan la lactancia (20,2%). Las principales causas de abandono fueron la sensación subjetiva de hambre en el niño (35%) y de hipogalactia (22,8%). El 95% de las madres manifestaron la voluntad de iniciar la lactancia y una duración de ésta mayor a 1 año.

Conclusiones: Por primera vez disponemos de información relativa a la LME a los 6 meses en nuestro territorio, que pone de manifiesto la necesidad de nuevas estrategias de promoción de la lactancia que permitan aumentar la LME, dirigidas a las causas evitables de destete, así como programas de información, asesoramiento, apoyo y seguimiento, antes y después del parto, para evitar destetes precoces por causas evitables y no deseados por las madres.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Lactancia materna, investigación en servicios de salud, factores de riesgo, epidemiología, prevalencia, destete precoz.

Fecha de recepción: 08/05/18. Fecha de aceptación: 22/11/18.

Correspondencia: R. Cabedo. ASSIR Granollers. Museu, 19, 4.ª planta. 08401 Granollers (Barcelona).
Correo electrónico: rcabedo.ics@gencat.cat

ABSTRACT

Objective: To understand the current evolution of de breastfeeding (BF) and exclusive breastfeeding (EBF) from birth to 6 months of age. To identify the main difficulties and causes for abandonment.

Methodology: Longitudinal, observational study of a cohort of mothers/children from the Barcelona's Northern Metropolitan Area, from the 35th gestation weeks, puerperium until at 6 months of age. Final follow-up of 541 subjects. The data was collected by midwives through a specific questionnaire. The types of lactation defined by the WHO, difficulties, causes of abandonment and the intention of its duration are listed.

Results: At discharge BF and EBF were 94.8 and 75.3%, respectively, and at 6 month 63.3 and 16.8%. Accessories (pacifiers, teats, liners) are the biggest obstacle (20.2%). The main causes for abandonment were the child's subjective sensation of hungry (35%) and the subjective sensation of hypogalactia (22.8%). 95% of the mothers expressed their willingness to start breastfeeding and its duration was greater than one year.

Conclusions: For the first time we have relative information on EBF at 6 months in our territory. New strategies for the promotion of breastfeeding are needed to allow increasing EBF which should be directed at avoidable causes of weaning. Breastfeeding information, good advice and follow-up and support programs, before and after delivery, to prevent early weaning unwanted by mothers and for avoidable causes.

©2019 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Breastfeeding, health services research, risk factors, epidemiology, prevalence, weaning.

Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. Estudio LACTEM. *Matronas Prof.* 2019; 20(2): 54-61.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría (AEP) y el Ministerio de Sanidad apoyan y promueven la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, y a partir de ese momento la lactancia materna complementaria (LMC), con introducción oportuna y gradual de otros alimentos hasta los 2 años de edad¹⁻³. Su duración la deciden el hijo y la madre¹. Entre estos objetivos de nutrición de la OMS para 2025, se propone incrementar hasta, al menos, un 50% la tasa de LME durante los 6 primeros meses⁴.

Según los datos de un informe de la UNICEF publicado en 2009⁵, la situación en los países industrializados es preocupante, muy por debajo de las recomendaciones de la OMS. A nivel mundial, se calcula que un 36% de los niños se alimentan con LME hasta los 6 meses⁶. En Europa, los datos de prevalencia a los 6 meses de edad son de un 16% de LME y de un 41% de lactancia mixta. En dicho informe no se recoge ningún dato de lactancia materna (LM) en España.

El Comité de Lactancia de la AEP, con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2012, calcula una duración media de la lactancia hasta los 6 meses del 46,9% y de LME del 28,5%⁷. Los informes preliminares de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 indican que actualmente el porcentaje de LME a los 6 meses ha aumentado hasta el 39%⁸.

El Informe de Indicadores de Salud Perinatal de la Generalitat de Catalunya de 2015⁹ muestra que la distribución del tipo de alimentación al nacer en esta comunidad es del 86,5% para la LM sin especificar los tipos de lactancia.

En 2010 se realizó una encuesta transversal telefónica sobre la LM y tabaquismo en mujeres embarazadas por parte de la Direcció General de la Salut Pública de la Generalitat de Catalunya¹⁰. Se comprobó un aumento de todas las prevalencias en LM, con un 81,8% al inicio de la lactancia (66,8% de LME) y un 45,9% a los 6 meses. En los últimos 10 años se comprueba un incremento relativo de la LM del 0,9% al inicio y un 114,5% a los 6 meses.

Los beneficios de la lactancia han sido sobradamente demostrados, y los riesgos de no lactar también^{1,11}: aumento de infecciones intestinales, atopia infantil, riesgo de mala oclusión, diabetes y obesidad en la edad adulta, riesgo de muerte súbita, etc.

En los comités de expertos de la OMS y UNICEF se consensuó una metodología uniforme para la investigación de la LM, así como indicadores fáciles de medir, válidos y fidedignos para evaluar las prácticas de la lactancia y poder comparar diferentes poblaciones¹². Apenas existen estudios en nuestro entorno que utilicen estas de-

finiciones que permitan establecer una comparación con otros países¹³.

Tampoco existen muchos estudios que analicen las causas de abandono y dificultad de la lactancia, y más concretamente en España¹⁴⁻¹⁶. La sensación de hipogalactia es una causa repetidamente referenciada, pero clínicamente sólo en el 5% de los casos se puede hablar de hipogalactia real¹⁷. Otras causas son la escasa ganancia de peso o los problemas al inicio de la lactancia. Se le atribuye un abandono más tardío a la incorporación a la vida laboral¹⁶. También se registran el uso de chupete, la lactancia artificial en forma de suplementación o las pezoneras como elementos que dificultan la LME^{14,17}.

Necesitamos conocer la situación de la LM en nuestro entorno utilizando indicadores estandarizados para establecer un punto de partida, evaluar el resultado de nuestras intervenciones y establecer comparaciones con otras realidades. Identificar las dificultades y las causas de abandono de la LM en nuestra población nos proporcionará las herramientas para crear estrategias y programas que permitan modificarlas, y así poder aumentar la tasa de LME.

El objetivo de este estudio era efectuar un seguimiento durante 6 meses de una cohorte de binomios madre/hijo del Área Metropolitana Norte de Barcelona, para conocer los datos de lactancia hasta los 6 meses de vida del recién nacido (RN), recogiendo los tipos de lactancia tal como recomienda la OMS, los motivos que dificultan la LME y las causas de abandono. También se investiga la intención de la madre de iniciar la lactancia y de la duración de ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional y multicéntrico de una cohorte de binomios madre-hijo desde la semana 35 de gestación hasta los 6 meses de vida.

Se invitó a participar a las embarazadas que en la semana 35 de gestación acudieron a los centros de salud para su control con la matrona desde junio de 2015 hasta febrero de 2016. Participaron 7 centros de Atención a la Salud Sexual i Reproductiva (ASSIR) del Área Metropolitana Norte de Barcelona del Institut Català de la Salut (ICS). En esta zona, la atención pública supone el 82,1% del total de nacimientos, y en 2013 se atendió a 12.451 mujeres embarazadas.

Se consideraron criterios de exclusión la dificultad idiomática y la imposibilidad de seguimiento después del nacimiento (por muerte fetal, traslado, etc.).

Se calculó que era necesario reclutar a 550 mujeres embarazadas para estimar el porcentaje de LM mantenida hasta los 6 meses, con un intervalo de confianza

del 95%, una precisión del 4,5% y una tasa de pérdidas del 10%.

Cada centro debía reclutar de manera consecutiva una cuota de participantes asignada en función de su carga asistencial.

Recogida de datos y variables

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a través de la historia clínica informatizada de atención primaria (ECAP) al final del periodo de reclutamiento, y fueron los siguientes: edad, país de origen, estudios finalizados, trabajo remunerado, paridad, tipo de parto, edad gestacional en el momento del parto, peso al nacer del RN y hábito tabáquico.

Se confeccionó un cuestionario con las variables específicas sobre lactancia para que la matrona recogiera la información durante las visitas de 35 semanas de gestación, la de seguimiento del puerperio temprano (durante la primera semana de vida) y la del puerperio tardío (6 semanas después del parto). Posteriormente se realizó una llamada telefónica a los 6 meses del nacimiento por parte de una auxiliar de clínica, que recibió formación específica para poder implementar el estudio.

En la visita de las 35 semanas se preguntaba a la madre sobre su intención de iniciar la lactancia (sí/no). El cuestionario incluyó variables de titularidad del centro de parto (privada/pública), embarazo único o gemelar, y asistencia a educación sanitaria grupal (pre/posnatal) (sí/no). En la visita de puerperio temprano se preguntó por el tiempo de inicio de la lactancia desde el nacimiento, expresado en minutos desde el nacimiento, el tipo de lactancia, las dificultades para ella y las causas de abandono. En la visita de puerperio tardío se volvía a recoger el tipo de lactancia, las dificultades y el motivo de abandono, si lo hubiera. A los 6 meses de nacimiento se recogieron los datos sobre el tipo de lactancia, las causas de abandono de los 3 y 6 meses y la intención de duración de la lactancia expresada en meses.

Variable tipo de lactancia

- LME. El lactante recibe leche materna, incluida la extraída de la propia madre o nodriza (ama de cría). Admite medicación (vitaminas, minerales).
- LM predominante. Leche materna como fuente predominante de alimentación. Permite ciertos líquidos a base de agua o zumos de frutas, pero no permite leche de origen no humano ni alimentos licuados.
- LMC. Leche materna y alimentos sólidos o semisólidos. Incluye la leche no humana y preparados para lactante (lactancia artificial). Este tipo de alimentación anteriormente se denominaba «alimentación complementaria oportuna» porque hace referencia a los niños

que lactaban de los 6 a los 23 meses. Se presupone que antes de los 6 meses no hay alimentación diferente a la materna o artificial.

- LM parcial. Leche materna (incluida la extraída de la propia madre o nodriza). Permite cualquier otro preparado, alimento o líquido, incluida la leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial). Para ella, comúnmente se usa el término «lactancia mixta».
- Lactancia artificial. Preparados de origen de leche no humana para lactantes.

Variable dificultadores de la lactancia

- Complementación de lactancia mixta con leche artificial.
- Dolor al lactar.
- Pezón invertido.
- Enfermedad del RN o de la madre.
- Uso de accesorios: chupetes, tetinas, pezoneras.
- Ningún dificultador.

Variable causas de abandono de la lactancia

- Decisión de la madre.
- Hipogalactia: sensación subjetiva de la madre de tener poca leche.
- Sensación subjetiva de malestar del bebé por hambre: le parece que el llanto y el malestar del bebé son por falta de alimento.
- Incorporación a la vida laboral.
- Dolor y malestar de la madre al lactar.
- Otros.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se resumen con su frecuencia absoluta y porcentaje; las continuas con su media y desviación estándar. En los contrastes entre proporciones se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson. El nivel de significación utilizado fue de $p \leq 0,05$. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 22.0.

Aspectos éticos

El proyecto obtuvo la resolución favorable del Comité de Ética de Investigación del IDIAP Jordi Gol, el 29 de julio de 2015, con el código P15/011. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado. El estudio se ha elaborado teniendo en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Firmaron el consentimiento informado 585 mujeres. En la primera visita (puerperio temprano) se recogió

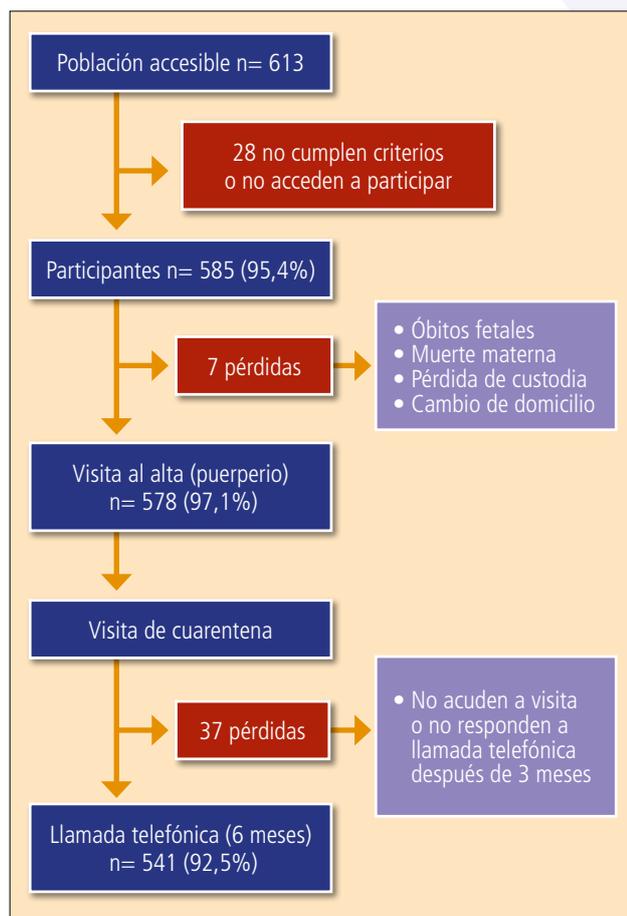


Figura 1. Diagrama de flujo de las participantes

información de 578 mujeres y en 541 (92,5%) se realizó el seguimiento completo hasta los 6 meses (figura 1).

La media de edad de las participantes fue de 34 años, el 63,1% era de origen español, el 70% tenía estudios medios o superiores y el 24,1% no tenía trabajo remunerado (tabla 1). Un 10,8% fumaron durante el embarazo.

Durante el reclutamiento se les preguntó sobre su intención de iniciar la lactancia, obteniéndose una respuesta afirmativa en un 95,8% de los casos.

En la tabla 2 se muestran los resultados de la lactancia de las participantes a lo largo de los 6 meses, según los tipos definidos por la OMS/UNICEF. En la visita del alta, 544 (94,8%) madres lactaban a sus hijos, y a los 6 meses 336 (63,3%). La LME disminuyó desde el 75,3% al alta a un 64,6% en el puerperio tardío, hasta descender al 16,8% a los 6 meses del parto. Por el contrario, la LM aumentó desde el 12,5 hasta el 27,9%.

Dentro del contexto de las recomendaciones del cuidado con contacto piel con piel, 438 RN (85,4%) iniciaron la primera toma de lactancia dentro de la primera hora de vida, 60 (11,7%) entre la primera y la tercera hora, y 15 (2,9%) más de 4 horas después.

Tabla 1. Características sociodemográficas y obstétricas de las participantes

	34 (desviación estándar: 5)
Edad (años)	
Centro de parto:	
• Público	504 (90,3%)
• Privado	50 (9%)
Paridad:	
• Primípara	141 (26,3%)
• Secundípara	275 (51,3%)
• Multípara (>2)	120 (22,4%)
Tabaquismo durante el embarazo	58 (10,8%)
Parto:	
• Eutóxico	351 (66,9%)
• Instrumentado	73 (13,9%)
• Cesárea	101 (19,2%)
Estudios:	
• Sin estudios	3 (0,6%)
• Primarios	132 (26,1%)
• Secundarios	203 (40,2%)
• Universitarios	167 (33%)
Trabajo:	
• Sin trabajo remunerado	122 (24,1%)
• Manual no cualificado	133 (26,4%)
• Manual cualificado	227 (44,9%)
• Directivas/universitarias	23 (4,6%)
Origen:	
• España	238 (63,1%)
• Resto de la Unión Europea	25 (6,6%)
• África	53 (14,1%)
• Sur y Centroamérica	52 (13,8%)
• Asia	9 (2,4%)
Asistencia a educación grupal	291 (55,3%)

Un total de 291 mujeres (55,3%) acudieron al programa de educación maternal antenatal y posnatal grupal.

Las principales dificultades en la lactancia han sido el uso de chupetes, tetinas y pezoneras por parte de las mujeres: 110 (20,2%) en el puerperio temprano y 106 (21,1%) en el tardío (tabla 3). La segunda dificultad en el puerperio temprano fue el dolor en 82 mujeres (15,1%), seguida de la lactancia artificial como complementación a la alimentación en un 13,4% (n= 73), que aumentaba al 17,3% (n= 76) a las 6 semanas de vida.

De las 206 madres que abandonaron la lactancia, 36 (17,5%) lo hicieron antes del mes, 57 (27,7%) a los 2 meses, 62 (30,1%) a los 4 meses y 51 (24,8%) antes de los 6 meses.

Tabla 2. Prevalencia de los tipos de lactancia realizada por las participantes a lo largo de los 6 meses de seguimiento

Tipo de lactancia	Alta hospitalaria (n= 568)	Puerperio tardío (n= 568)	3 meses (n= 541)	6 meses (n= 541)
Lactancia materna:	544 (94,8%)	502 (88,4)	424 (79,1%)	336 (63,3%)
• Exclusiva	432 (75,3%)	367 (64,6%)	342 (63,8%)	89 (16,8%)
• Predominante	40 (7%)	31 (5,5%)	9 (1,7%)	12 (2,3%)
• Materna parcial (mixta)	72 (12,5%)	104 (18,3%)	58 (10,8%)	148 (27,9%)
• Complementaria	0 (0%)	0 (0%)	15 (2,8%)	87 (16,4%)
Lactancia artificial	30 (5,2%)	66 (11,6%)	112 (20,9%)	195 (36,7%)

Clasificación de los tipos de lactancia según los criterios de recomendación de la OMS/UNICEF.

Tabla 3. Dificultadores de la lactancia manifestados por las madres al alta y al cabo de 1 mes

Dificultadores de la lactancia	Puerperio temprano (n= 544)	Puerperio tardío (n= 502)
Por accesorios (chupetes, tetinas, pezonerías)	110 (20,2%)	106 (21,1%)
Dolor	82 (15,1%)	34 (6,8%)
Por lactancia artificial	73 (13,4%)	76 (15,1%)
Pezón invertido	10 (1,8%)	3 (0,6%)
Enfermedad madre/hijo	9 (1,7%)	10 (2%)

Tabla 4. Motivos de abandono de la lactancia materna de las participantes a lo largo del seguimiento

Motivo de abandono	Seguimiento			Total (n= 206)	p*
	<2 meses (n= 93)	3-4 meses (n= 62)	5-6 meses (n= 51)		
Decisión de la madre	34 (36,6%)	9 (14,5%)	2 (3,9%)	45 (21,8%)	<0,001
Sensación de hipogalactia	25 (26,9%)	13 (21%)	9 (17,6%)	47 (22,8%)	0,19
Sensación de que el recién nacido tiene hambre	36 (38,7%)	26 (41,9%)	10 (19,6%)	72 (35%)	0,042
Incorporación a la vida laboral	0 (0%)	18 (29%)	24 (47,1%)	42 (20,4%)	<0,001
Dolor al lactar	19 (20,4%)	13 (21%)	6 (11,8%)	38 (18,4%)	0,246
Otros	16 (17,2%)	12 (19,4%)	13 (25,5%)	41 (19,9%)	0,25

* χ^2 de Pearson.

En la tabla 4 se muestran las causas de abandono de las madres en diferentes momentos de la lactancia: 72 (35%) manifestaron abandonar por la sensación de que el lactante pasaba hambre y 47 (22,8%) por sensación de hipogalactia.

Para analizar las causas fue importante desglosar los motivos de abandono según el momento del seguimiento, en el que se observaron ciertas diferencias. En el puerperio tardío la sensación de que el RN pasaba hambre fue la primera causa de abandono en 36 casos (38,7%) y por decisión de la madre en 34 (36,6%). Entre los 3 y los 4 meses, el abandono por sensación de hambre se produ-

jo en 26 casos (41,9%) y por la incorporación laboral en 18 (29%). Entre los 5 y 6 meses la principal causa de abandono fue la incorporación laboral en 24 casos (47,1%) y en 13 (25,5%) por otras causas (6 mastitis, 6 por poco incremento de peso, poco soporte profesional o familiar, necesidad de medicación, etc.).

El dolor al lactar como motivo de abandono se mantuvo alrededor del 20% hasta los 4 meses, y disminuyó hasta el 11,8% a los 5-6 meses.

A las madres que aún lactaban a los 6 meses de vida se les preguntó sobre su intención de duración de la lactancia: un 24,9% indicó que 1-2 años y un 65,6% 24 meses o más.

DISCUSIÓN

Este estudio proporciona una información novedosa sobre la incidencia de la LM, sus factores dificultadores y condicionantes en Cataluña, y servirá de punto de partida para diseñar nuevos programas de facilitación de la lactancia y su posterior evaluación.

La prevalencia de la LM total en nuestra población de estudio al alta fue del 94,8%, y a los 6 meses del 63,3%. Pero la LME desciende desde el 75,3 hasta el 16,8% a los 4-6 meses. Estos datos son similares a los obtenidos en la cohorte INMA de Guipúzcoa¹⁸, con una LME al alta del 84,8% y a los 6 meses del 15,4%, mayores que en el grupo CALINA de Aragón, en que la LM total fue del 54,3% a los 6 meses¹⁹, pero menores que en el estudio ELOIN en la población de la Comunidad de Madrid, donde la LME a los 6 meses fue del 25,4%¹³.

Se constata una mejora de las prevalencias respecto a las últimas décadas. En 1999, en un informe técnico de la AEP consta una LM al inicio del 84,2% y a los 6 meses del 24,8%. En la Comunidad Valenciana se realizó una encuesta en 1997, donde la LME al mes era del 63,7% y a los 6 meses del 10%. En Tortosa, ciudad del sur de Cataluña, existía en 2001 una LM del 39%, en una época donde se complementaba a partir de los 4 meses del nacimiento^{20,21}. Aun con esta mejora, las tasas están muy alejadas de las recomendaciones y objetivos de la OMS para 2025⁴.

En España, las prevalencias más altas de LME se observan en las comunidades autónomas que disponen de hospitales IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Parto y a la Lactancia de UNICEF). Otro factor importante podría ser la disposición de un programa de educación maternal instaurado desde hace más de 20 años, al que asistió el 55% de las participantes en el estudio, sin tener en cuenta las multíparas que podían haber asistido en anteriores embarazos.

De los 18 hospitales acreditados IHAN en España, 5 lo están en Cataluña, 1 en Guipúzcoa y 5 en la Comunidad de Madrid, regiones donde se observan mejores prevalencias de lactancia.

Durante el seguimiento se observó una LME estable hasta los 3 meses (63,8%), pero la LM aumentó hasta el 27,9% a los 6 meses, lo que indica que hay una complementación con lactancia artificial. Es posible que esta complementación con leche artificial se deba, tal como se han registrado en las causas de abandono y dificultades en la lactancia, a la sensación de hambre del RN y de hipogalactia, y no tanto a una indicación real profesional¹⁸.

Cuando se preguntó a las madres sobre los principales factores dificultadores de la lactancia, éstas destacaron el uso de accesorios (chupetes, tetinas y pezonerías),

que representaron el 20,2% en el puerperio temprano. Se sabe que su uso provoca un deficiente agarre del RN a la mama y, consecuentemente, una disminución de producción de leche por poca estimulación de ésta y, por tanto, la necesidad de complementación²². Por esta razón hay que informar a las familias de la importancia de no interferir con ningún objeto la LM, por el peligro de disminuir la producción de leche.

Otro factor dificultador de la lactancia fue la suplementación con lactancia artificial, que fue de un 13,4% en el puerperio temprano y de un 15,1% en el tardío. Si además esta complementación no se dio por indicación profesional debido a la hipogalactia real ni se administraba de manera adecuada (siempre después de la toma directa de la mama o con relactador), existe más riesgo de abandono por una escasa estimulación²². Es el caso de la muestra de nuestro estudio, en la que la sensación de que el RN se quedaba con hambre fue la principal causa de abandono, sobre todo precoz, con un 38,7% antes de los 2 meses. La relación del uso de chupetes y la suplementación con la disminución de LME también la describen Zakarija-Grković et al.¹⁴ en un estudio realizado en Croacia para evaluar los factores predictores de una subóptima lactancia, observando que aumentaba 1,65 veces la *odds ratio* de no realizar LME a los 3 meses.

Se demuestra que es una sensación subjetiva y no real de hipogalactia porque a los 6 meses sólo hubo un abandono por esta razón del 19,6%, justamente cuando el niño tiene mayores requerimientos nutricionales. Es necesario informar a las madres de que tan sólo hay un diagnóstico clínico real del 5% atribuible a este problema^{18,23}.

El dolor resultó un factor dificultador de la lactancia en un 15,1% de las mujeres, y acabó siendo una causa de abandono al inicio en un 20,4%, resultado semejante al que obtuvieron Brown et al.²⁴ en un estudio realizado en 2014 en Canadá, en el que el dolor fue la causa del 22% de los ceses de lactancia en el RN, de los cuales un 76% se producía antes de las 6 semanas. Puapornpong et al.²⁵ estudiaron en Tailandia la incidencia del dolor y sus causas. A los 7 días del nacimiento, un 9,6% de las lactantes refería dolor. Tras valorar las causas, los autores concluyeron que el 72,3% se debían a un mal agarre y acoplamiento, y en un 23,2% existía algún grado de anquiloglosia. Comprobaron que no había diferencias significativas en la LME entre las madres con dolor y tratamiento precoz de la causa y las madres que no tenían dolor.

Un buen apoyo en las maternidades, como la iniciativa IHAN, y un seguimiento precoz en atención primaria evitan la aparición y la duración de grietas y mastitis²⁶.

Es evidente la necesidad de incrementar la atención precoz a las madres que expresan dificultades y dolor en la lactancia, tanto en las maternidades como en la atención primaria de forma muy temprana. En el estudio de Kent et al.²⁷, realizado en Australia, se observó que el dolor en la lactancia era el motivo del 36% de las consultas realizadas; después de una intervención de asesoramiento y corrección de la posición se solucionó en un 58% el dolor, y en un 65% si se sumaban el tratamiento de la anquiloglosia, las grietas y otras causas.

Como principal causa de abandono tardío de la LM se observó que un 47,1% de las madres lo hizo debido a su incorporación a la vida laboral. El papel de los profesionales sanitarios es dar pautas para la extracción de la leche e informar de cómo combinar la toma con el horario laboral. Es indudable que la duración del permiso de maternidad de 4 meses en nuestro país es una dificultad real. Es conveniente revisar las políticas que atañen a la maternidad, alargando el permiso hasta los 6 meses posparto, como mínimo, para poder fomentar la LM.

El 95% de las madres manifestaron la voluntad de iniciar la lactancia y que la duración de ésta fuese mayor a 1 año. El abandono de la lactancia en nuestro entorno es del 36,2% antes de los 6 meses, por lo que las madres no consiguen lactar hasta cuando ellas querían ni el tiempo propuesto por las recomendaciones sanitarias.

Por todas estas razones, es necesario crear espacios específicos para el apoyo a la lactancia, tanto de forma grupal como personalizada, antes del nacimiento, en las maternidades y los centros de salud. En el estudio PROBIT se incrementó la LME a los 3 meses desde el 6,4 hasta el 43,3% después de instaurar la iniciativa IHAN en los hospitales^{28,29}.

Limitaciones

A pesar de ser un estudio con 4 fases de datos a lo largo de 6 meses, el porcentaje de pérdidas ha sido bajo. Al tratarse de un diseño prospectivo, se ha evitado cualquier sesgo de memoria, y la participación de los profesionales en la recogida de datos ha facilitado su fiabilidad.

Al registrar las causas de abandono, se obtuvo un porcentaje muy alto de «otras causas», por lo que en el futuro sería recomendable estudiarlas con más profundidad.

Las definiciones recomendadas por los expertos sobre la clasificación de los diferentes tipos de lactancia no son las que utilizan los profesionales en su práctica habitual, por lo que puede prestarse a confusiones. Para evitarlo, realizamos sesiones formativas previas a todos los profesionales que participaron en el estudio para estandarizar la recogida de información.

La información relativa a la intención de la madre respecto a la duración de la lactancia se obtuvo mediante una llamada telefónica a las que aún lactaban a los 6 meses. Desconocemos la intención en aquellas que abandonaron la LM antes. En futuros estudios sería interesante recoger esta información al inicio.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos los factores dificultadores y las causas de abandono de la LM se podrían solucionar con una adecuada información sobre la lactancia a demanda, asesorando sobre los signos de normalidad, la estimulación de la subida de la leche, la mejora de la técnica de la lactancia y complementación de la toma, así como informar de que existen diferentes causas de llanto del RN, no sólo el hambre.

Respecto al dolor, suele producirse por un mal agarre del RN a la mama o por dificultad de la técnica. Para evitarlo y conseguir una adecuada técnica de la lactancia, es importante dar un buen soporte a las madres desde el inicio, tanto en los hospitales como en atención primaria.

Corresponde a los gestores sanitarios proporcionar más recursos para incorporar consultas específicas y programas de información, asesoramiento, apoyo y seguimiento de la lactancia, antes y después del parto, para evitar destetes precoces por causas evitables y no deseados por las madres. La guía clínica de lactancia materna del Ministerio de Sanidad, el NICE y la Perinatal Services British Columbia proponen confeccionar programas siguiendo los 7 pasos de la iniciativa IHAN para centros sanitarios^{22,30,31}.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las profesionales del ASSIR Metropolitana Nord (provincia de Barcelona) su colaboración en este estudio: Ainhoa Borrás Reverter, Ana García López, Ángela Mensa Pueyo, Àngels Paulí Cabezas, Anna Estruch Riu, Anna Vila Corominas, Araceli Naval Llorach, Assumpta Prats Oliveras, Carme Basset Ausas, Carme Magem Prat, Carolina Alós Rodríguez, Concepción Manzano Ramírez, Cristina Canal Martínez, David Porras Parada, Engracia Pérez Sanmartí, Ester Iglesias Hernández, Ester Serrano Pujalte, Gemma Olivera, Glòria Miralpeix Pomar, Glòria Rebollo Garriga, Inés M. García Martín, Inmaculada Torruella Martínez, Isabel Rosa Trinidad, Joanna Relat Llavina, Josefina Martínez Juan, Judith López Pardo, Lida Colldeforns Vidal, M. Ángela Ollé Ribera, M. Carmen Vidal Testal, M. Isabel Castrillo Pérez, M. Núria Gassol

Castells, M. Pilar Cabrerizo Las Heras, M. Teresa Sánchez Casado, M. Àngels González Caviedes, Marga Robert Ribosa, Marina Rojas Avilés, Mariona Pons Maresme, Mercedes Rey Avijón, Mercedes Vicente Hernández, Meritxell Angelet Hidalgo, Miriam Calvarro Cañadas, Miriam Gómez Masvidal, Montserrat Villanueva Guevara, Natàlia Dueñas Herrero, Núria Bútrago Torrijos, Núria Risques Fernández, Nuria Sitja Begue, Olga Dern Garriga, Paula Amorós Ferrer, Raquel Martínez Mondejar, Remei Fenollosa Pérez, Rosa M. Caballer Bel, Rosalia Ibars Noguera, Susana Sancho Esteban, Tere Domenech Serra.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2003.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe de expertos. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 333-40.
- Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025. Documento normativo sobre lactancia materna (Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief). WHO/NMH/NHD/147 2017.
- UNICEF. Estado mundial de la infancia 2009. Salud Materna y Neonatal. 2009.
- World Health Organization (WHO). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: WHO, 2017.
- 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.
- Encuesta Nacional de Salud España (ENSE) 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018.
- Jané M, Vidal MJ, Tomas Z. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Any 2015. Informe executiu. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2015; 1-10.
- Enquesta telefònica de lactància materna. Programa de Salut Maternoinfantil. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública, 2010.
- Victoria CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016; 387: 475-90.
- UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, 2009.
- 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. *An Pediatr.* 2018; 89: 32-43.
- Zakarija-Grković I, Šegvić O, Vušković Vukušić A, Lozančić T, Božinović T, Čuže A, et al. Predictors of suboptimal breastfeeding: an opportunity for public health interventions. *Eur J Public Health.* 2016; 26: 282-9.
- Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivations and perceived barriers to initiate or sustain breastfeeding among Spanish women. *Rev Esp Salud Pública.* 2016; 90: e1-18.
- Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia. Alicante: Universidad de Alicante, 2012.
- 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. *An Pediatr.* 2014; 80: 6-15.
- 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. *Gac Sanit.* 2015; 29: 4-9.
- Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr.* 2013; 79: 312-8.
- Hernández MT, Muñoz A, Lasarte JJ. La lactancia materna en la Comunidad Valenciana. Análisis multivariante de una encuesta. *Aten Primaria.* 2004; 12: 19-38.
- Hostalot AM, Sorní HA, Jovani HL, Rosal RL, Mercé GJ. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr.* 2001; 54: 297-302.
- Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Pediatr.* 2002; 56: 144-50.
- Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014; 105: e179-85.
- Puapornpong P, Paritakul P, Suksamarnwong M, Srisuwan S, Ketsuwan S. Nipple pain incidence, the predisposing factors, the recovery period after care management, and the exclusive breastfeeding outcome. *Breastfeed Med* 2017; 12: 169-73.
- Beake S, Pellowe C, Dykes F, Schmiegel V, Bick D. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr.* 2012; 8: 141-61.
- Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple pain in breastfeeding mothers: incidence, causes and treatments. *Int J Environ Res Public Health.* 2015; 12: 12.247-63.
- Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413-20.
- Cattaneo A, Bettinelli ME, Chapin E, Macaluso A, Córdova do Espírito Santo L, Murante AM, et al. Effectiveness of the Baby Friendly Community Initiative in Italy: a non-randomised controlled study. *BMJ Open.* 2016; 6: e010232 [DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010232].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Clinical guideline: postnatal care up to 8 weeks after birth. NICE, 2006.
- Provincial Health Services Authority. Perinatal Services BC. Health promotion guideline: breastfeeding healthy term infants. Vol. 2012. Vancouver, 2015.