



## Trabajo Original

### Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre *Prevalence and determinants of breastfeeding: the Zorrotzaurre study*

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo<sup>1,2,4</sup>, Nerea Santos Ibáñez<sup>1,2</sup>, Yolanda Ramos Castro<sup>1,3,4</sup>, María García Franco<sup>1,2</sup>, Carmen Artola Gutiérrez<sup>1,3</sup> e Isabel Arara Vidal<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Sección Materno-Infantil. Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia. Bilbao, Vizcaya. <sup>2</sup>Hospital Universitario Cruces. Baracaldo, Vizcaya. <sup>3</sup>Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, Atención Primaria. Bilbao, Vizcaya. <sup>4</sup>Bloque Obstétrico. Clínica Zorrotzaurre. Bilbao, Vizcaya

### Resumen

**Introducción y objetivos:** la lactancia materna (LM) es un método de alimentación infantil que aporta múltiples beneficios para la salud de los lactantes y las madres. Este estudio pretende determinar la prevalencia de la LM durante el primer año de vida de los hijos/as de una serie de mujeres que dan a luz en una clínica privada de Bizkaia, e identificar los determinantes facilitadores y los motivos de abandono.

**Método:** estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo de una muestra aleatoria de 453 recién nacidos (RN), reclutada entre 2016 y 2017.

**Resultados:** en total, 366 mujeres aceptaron participar en todas las fases de estudio. La prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) fue del 51,7 % al inicio, del 77,1 % al alta y del 21,6 % al sexto mes; y la de la LM, del 87,1 % al inicio, del 48,4 % al sexto mes y del 20,6 % al año. Los factores facilitadores de la LME fueron: al inicio, no utilizar nido ni sacaleches; 15 días satisfacción con la LM y no utilizar chupete ni sacaleches; 4 meses satisfacción con la LM; 6 meses acudir a Grupos de Apoyo a la Lactancia (GAL) y no introducir alimentación complementaria (AC); los de la LM al año, acudir a GAL. Los principales motivos de abandono fueron: la iniciativa propia, la incorporación al trabajo y la escasa ganancia de peso del RN.

**Conclusiones:** uno de cada 5 RN recibieron LME hasta los 6 meses y LM hasta el año. Sería necesario promover estrategias que favorezcan el amamantamiento, como: suprimir el nido, desaconsejar el sacaleches y el chupete al inicio, iniciar la AC a partir del sexto mes y organizar GAL durante el primer año.

#### Palabras clave:

Lactancia materna.  
Prevalencia. Factores  
predisponentes.  
Sector privado.

### Abstract

**Introduction and objectives:** breastfeeding (BF) is a feeding method that provides multiple benefits for the health of infants and their mothers. This study aimed to determine the prevalence of BF during the first year of life of children of women who gave birth in a private clinic in Biscay, Basque Country, Spain, and to identify the facilitating determinants and reasons for abandonment.

**Method:** an observational, descriptive, longitudinal and prospective study in a random sample of 453 newborns (NBs) recruited between 2016 and 2017.

**Results:** in all, 366 women agreed to participate in all the study phases. The prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) was 51.7 % at baseline, 77.1 % at discharge, and 21.6 % after sixth months; and that of BF, 87.1 % at the beginning, 48.4 % at month six, and 20.6 % at one year. The facilitating factors of EBF were: at the beginning, not using a nest or breast pump; 15 days satisfaction with LM and not using a pacifier or breast pump; 4 months satisfaction with LM; 6 months attending Lactation Support Groups (GAL) and not introducing complementary feeding (CA); and those of LM at 1 year, attending GAL. The main reasons for abandonment were: own initiative, incorporation to work, and little weight gain by the NB.

**Conclusions:** one in 5 newborns received EBF up to 6 months and BF up to one year. It would be necessary to promote strategies that favor breastfeeding, such as eliminating the nest, advising against breast pumps and pacifiers at the beginning, starting CA from the sixth month, and organizing GALs during the first year.

#### Keywords:

Breastfeeding.  
Prevalence.  
Predisposing factors.  
Private sector.

Recibido: 07/09/2020 • Aceptado: 02/12/2020

*Agradecimientos: a las mujeres que desinteresadamente colaboraron con este estudio. A los directivos de la Clínica Zorrotzaurre. A Lorea Martínez-Indart, por su contribución en el análisis estadístico de los datos. A Juan José Iza, por facilitarnos la elaboración de la base de datos.*

*Conflicto de intereses: las autoras declaran no tener conflictos de intereses.*

López de Aberasturi Ibáñez de Garayo A, Santos Ibáñez N, Ramos Castro Y, García Franco M, Artola Gutiérrez C, Arara Vidal I. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. Nutr Hosp 2021;38(1):50-59

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03329>

#### Correspondencia:

Ayala López de Aberasturi Ibáñez de Garayo.  
Bilbao, Vizcaya  
e-mail: [ayalalazab@telefonica.net](mailto:ayalalazab@telefonica.net)

## INTRODUCCIÓN

Las principales organizaciones de salud recomiendan la LM como la fuente óptima de nutrición infantil. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), dentro de la Estrategia global para la alimentación del lactante y el niño pequeño, en su objetivo de favorecer un óptimo crecimiento, desarrollo estado de salud, recomiendan la LME durante los 6 primeros meses para, a partir de entonces, mantener la LM junto con una AC adecuada hasta los 2 años de vida o más (1,2).

Numerosos estudios biológicos y epidemiológicos muestran que la decisión de no amamantar tiene importantes efectos negativos sobre la nutrición, el desarrollo y la salud del niño y de la madre, lo que condiciona que la alimentación del niño con leche materna sea la intervención sanitaria que con menores costes económicos consigue mayores beneficios sobre la salud.

Sin embargo, pese a los múltiples beneficios demostrados de la LM y a las sólidas recomendaciones que la promueven, su prevalencia a nivel global, aun con un incremento en los últimos años, continúa siendo muy baja. Encontramos que las tasas de LME a los 6 meses, a nivel mundial y desde 1995 hasta 2015, pasan del 24,9 % al 43 % (3,4). Esta creciente tendencia a optar por la LM también se ha venido produciendo en España, tal y como recogen los datos de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) realizadas desde del año 1995. De hecho, la ENS del 2017 muestra que la tasa de LME a los 6 meses había sido del 15,1 % en 1995 y había pasado al 39,0 % en 2017 (5).

En este sentido, varios proyectos llevados a cabo en España, entre los que destacan los estudios CALINA en 2013 (6), INMA en 2015 (7) y LACTEM en 2016 (8), analizaron la prevalencia de la LM, los factores relacionados con su instauración y mantenimiento, y los motivos para su abandono. Todos ellos permitieron avanzar en la elaboración de recomendaciones y políticas de promoción y apoyo. Sin embargo, es escaso en el área geográfica de Bizkaia el conocimiento que se tiene sobre la prevalencia y los determinantes de la LM, y más concretamente en el sector privado de la sanidad.

El presente artículo está englobado dentro del “Estudio Zorrotzaurre” sobre la LM, y su objetivo es determinar la prevalencia de la LM durante el primer año de vida en los hijos/as de las mujeres que dan a luz en una clínica privada de Bizkaia, así como identificar los determinantes que puedan influir en su instauración y mantenimiento, así como los motivos para su abandono. Las conclusiones derivadas del mismo podrán servir de apoyo para identificar áreas de mejora que permitan establecer intervenciones sanitarias para abordar los factores que dificultan el amamantamiento, y para mejorar las tasas de LM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### DISEÑO, POBLACIÓN Y ÁMBITO DE ESTUDIO

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo a partir de los datos pertenecientes al Estudio Zorrotzaurre (EZ) (9)

sobre la prevalencia y los determinantes de la LM. Este estudio se centró en una cohorte de madres y RN reclutados en la clínica Zorrotzaurre, centro privado que en el año 2017 contabilizó el 15,5 % de los nacimientos de Bizkaia.

El reclutamiento de las mujeres se realizó entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de agosto de 2017 en el marco de un muestreo probabilístico, aleatorio y sistemático, prolongándose el seguimiento y la recogida de datos hasta el año de vida del RN. Los criterios de inclusión fueron dar a luz en la clínica Zorrotzaurre y la aceptación a participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron ser menor de edad, tener un parto múltiple y estar la mujer o el RN ingresados en unidades especiales en el primer contacto.

El cálculo del tamaño muestral, la planificación, el reclutamiento y la recogida de datos de este estudio han seguido la metodología descrita previamente por las autoras (EZ) (9).

De las 453 mujeres contactadas, 366 accedieron a participar en todas las fases del estudio (al nacimiento o inicio, a los 15 días y a los 4, 6 y 12 meses de vida). De las mujeres contactadas, 87 no desearon participar en todas las fases del estudio y en este grupo, al inicio, solo se recoge el tipo de alimentación (LM o LA); así mismo, las que habían optado por la LM ( $n = 64$ ) finalmente accedieron a una breve encuesta a los 6 meses (mujeres rescatadas).

## VARIABLES Y DEFINICIONES

Se consideraron como variables dependientes el tipo de lactancia al inicio, a los 15 días, a los 4 meses, a los 6 meses y al año de vida. Los distintos tipos de alimentación de los niños se establecieron según las categorías y definiciones extraídas de la OMS-UNICEF (2). Además, se consideraron los datos sociodemográficos, biosanitarios, obstétricos, perinatales, el deseo de LME, los motivos para elegir la LM, la introducción de la AC y los motivos del abandono de la LM, entre otros.

## RECOGIDA DE DATOS

Los datos se recogieron mediante entrevistas individuales, realizadas por investigadoras adecuadamente entrenadas y familiarizadas con el protocolo del estudio. La primera encuesta se llevó a cabo de forma presencial durante el ingreso de la mujer en la clínica, y las otras cuatro encuestas se realizaron mediante entrevista telefónica. El protocolo del estudio se estructuró en una serie de cuestionarios que se cumplimentaban en cada una de las entrevistas previstas en cada fase del estudio. Una parte de los cuestionarios se diseñó *ad hoc* para el estudio; otra parte se adaptó a partir de cuestionarios validados propuestos por la OMS-UNICEF (2) y la IHAM (10).

Para las mujeres rescatadas se diseñó un cuestionario específico que se realizó a los 6 meses, donde se recogieron datos sobre la alimentación del niño/a con 3 preguntas: tipo de lactancia, introducción de la AC y duración de la LM.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

En primer lugar, hemos considerado un análisis descriptivo de los datos. Las variables continuas se describieron mediante la media y la desviación estándar (DE), y las variables categóricas mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Se calculó la prevalencia de la LME y la LM en cada una de las fases del estudio. Posteriormente se realizaron análisis de contraste de hipótesis. Para la comparación de dos variables categóricas se realizaron pruebas de chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher, cuando las frecuencias esperadas fueron menores de 5. Para estudiar las variables que podrían influir en la LME hasta el sexto mes de vida y en la LM al año, primero se realizó una regresión logística univariante y aquellas con un valor de  $p < 0,200$  se introdujeron en un modelo multivariante. Se fueron eliminando variables hasta que todas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). Para el tratamiento y el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS vs 23.0.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario Cruces (Bizkaia) (Cod. 5030821-R.48/86). Las participantes fueron debidamente informadas y accedieron a participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

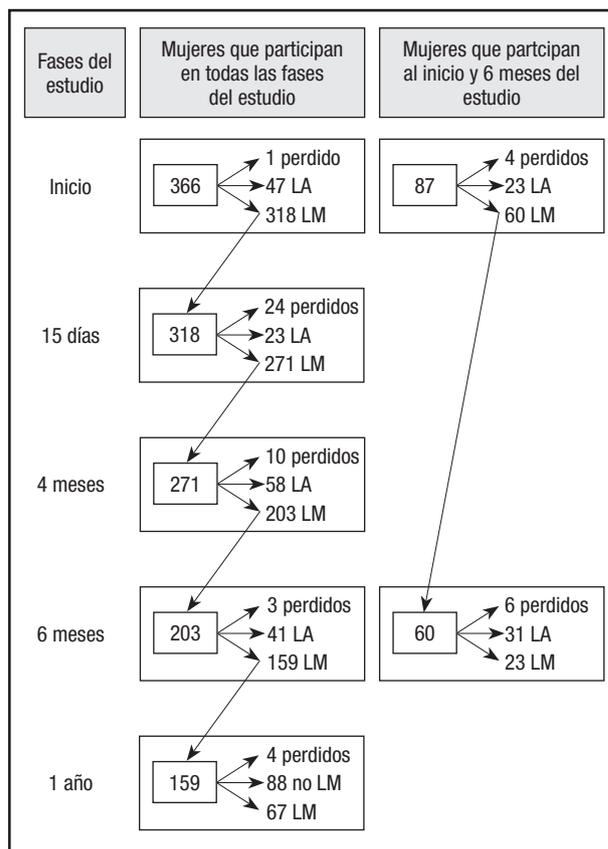
Se garantizó el cumplimiento de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, máxime en lo que concierne al envío y manejo de datos a terceros. No se utilizó ni se hizo público ningún dato que pudiera identificar a las participantes.

## RESULTADOS

El número de mujeres contactadas fue de 453, de las cuales 366 dieron su consentimiento para participar en todas las fases (80,7 %); se perdieron 38 casos hasta los 6 meses y, posteriormente, otros 4 más hasta finalizar el periodo de seguimiento de un año (11,4 %), todos por imposibilidad de contacto. De las 87 mujeres que no desearon participar en todas las fases del estudio (19,2 %), 23 fueron excluidas por haber optado por la LA (26,4 %), quedando una submuestra final de 64 (73,5 %), las llamadas mujeres rescatadas, de las cuales se perdieron 4 casos al inicio y no se pudo contactar con otras 6 a los 6 meses (15,6 %) (Fig. 1).

Las características sociodemográficas, obstétricas y perinatales de las participantes en todas las fases del estudio se muestran en la tabla I.

En cuanto a la prevalencia de la LM en el grupo de mujeres que participaron en todas las fases del estudio, esta fue del 87,1 % al



**Figura 1.**

Diagrama de flujo de la evolución de la cohorte estudiada a lo largo del estudio. En este diagrama se muestra el número de mujeres que opta por LM o LA, así como el número de mujeres con las que no se pudo contactar, las cuales se muestran como casos perdidos. Las mujeres que abandonan la LM pasan al grupo de LA y dejan de tener seguimiento. LM: lactancia materna; LA: lactancia artificial.

nacimiento y, de ellas, el 51,7 % correspondía a la LME. La prevalencia de la LME al alta hospitalaria (dato recogido en la encuesta a los 15 días) aumentó hasta 77,1 % y fue descendiendo hasta llegar al 21,6 % a los seis meses (Tabla II). A pesar de que una amplia mayoría inició la LM desde el nacimiento, al año de vida la prevalencia fue del 20,6 %; de estos casos, el 50 % no habían introducido leche de fórmula en la alimentación.

Por otra parte, en el subgrupo de mujeres rescatadas, la prevalencia de la LM fue del 72,2 % al inicio, bajando a los 6 meses al 29,8 % (Tabla III). El 37 % habían dejado la LM antes de los 4 meses.

La tabla IV muestra el análisis univariante de las distintas fases del estudio. Las variables asociadas a la práctica de la LM que se repiten en varias de las fases fueron: no utilizar el nido durante el ingreso tras el parto, la práctica del colecho, no haber utilizado chupete ni sacaleches, no haber introducido la AC antes de los 6 meses, estar satisfecha con la lactancia y acudir a GAL. Además, aquellas madres que no tenían hábito tabáquico tenían 2 veces más probabilidades de dar LME tras el parto.

**Tabla I. Características de la muestra de participantes en todas las fases del estudio**

Variable	Categoría	Casos	%	Media	DE
<b>Características de la madre</b>					
Edad (años)				34	4,1
País de procedencia	España	356	97,3		
	Otro país	9	2,4		
Nivel de estudios	Primarios	7	1,9		
	Secundarios	67	18,3		
	Universitarios	291	79,7		
Hábitat	Rural	22	6,0		
	Semi-urbano	55	15,0		
	Urbano	288	78,7		
Trabaja fuera del hogar (sí)		335	91,5		
Hábito tabáquico antes del embarazo (sí)		59	16,1		
Hábito tabáquico en el embarazo (sí)		15	4		
Cirugía de mama (sí)		26	7,1		
Experiencia previa de lactancia materna (sí)		163	44,5		
Educación maternal (sí)		256	69,9		
Paridad	Múltipara	183	50,0		
	Primípara	182	49,7		
<b>Características obstétricas</b>					
Tipo de parto	Cesárea	94	25,7		
	Eutócico	122	33,4		
	Instrumental	149	40,8		
Tipo de anestesia	Epidural	308	84,2		
	Espinal	52	14,2		
	Local	1	0,3		
	Sin anestesia	4	1,1		
Profesional atención parto	Ginecólogo	365	100,0		
<b>Características del recién nacido</b>					
Peso (gramos)				3375,1	476,2
Edad gestacional (semanas)				39	1,2
Sexo	Mujer	191	52,2		
	Hombre	174	47,5		
Test de Apgar - 1 minuto	< 5	12	3,2		
	5-7	40	10,9		
	> 7	313	85,7		
Test de Apgar - 5 minutos	< 7	4	1,0		
	7-8	14	3,8		
	> 8	347	94,8		
Contacto piel con piel (sí)		326	89,1		

DE: desviación estándar.

Del mismo modo, en la tabla V se muestra el análisis multivariante cuyas variables contribuyeron al mantenimiento de la LME o la LM en las distintas fases, así como su aportación concreta al modelo. Las variables que se asociaron significativamente al inicio y/o al mantenimiento de la LM en este

colectivo fueron: no haber pasado el RN ninguna noche en el nido, no haber usado sacaleches ni chupetes, la práctica del colecho, haber acudido a GAL y no haber introducido la AC antes de los 6 meses ni haber realizado consultas por problemas con la LM.

**Tabla II. Prevalencia de la LM. Participantes en todas las fases del estudio**

Tipo de alimentación	Inicio	Al alta	15 días	4 meses	6 meses	12 meses
	% (n)	% (n)				
LME	51,7 (189)	77,1 (263)	66,2 (226)	37,1 (123)	21,6 (71)	
L Mix.	35,3 (129)	13,1 (45)		24,1 (80)	26,8 (88)	
LM	87,1 (318)	79,4 (271)		61,3 (203)	48,4 (159)	20,6 (67)
LA acumulada	12,8 (47)	20,5 (70)		38,6 (128)	51,5 (169)	
Pérdidas (n)	1	24		10	3	4

LME: lactancia materna exclusiva; L Mix.: lactancia mixta; LM: lactancia materna; LA acumulada: lactancia artificial, total de casos desde el inicio hasta la fecha; n: número de casos.

Si nos referimos a otras variables contempladas en el estudio, el 89,1 % realizaron contacto piel con piel (CPP) y, de estos casos, el 73,9 % (241) lo hicieron de forma inmediata e ininterrumpida tras el parto, resultando estadísticamente significativa la realización del CPP con la LME en los 15 primeros días de vida ( $p < 0.001$ ).

El 12,8 % de las mujeres que accedieron a participar en todas las fases del estudio optó por la LA desde el inicio, siendo el motivo más frecuente (27 %) una mala experiencia previa con la LM.

Tal y como se muestra en la tabla VI, los principales motivos de abandono de la LM fueron: incorporación al trabajo, iniciativa propia y escasa ganancia de peso del RN. Entre los 4 y 6 meses, el 63 % abandonaron la LM por incorporación al trabajo.

**Tabla III. Prevalencia de LM. Participantes rescatadas**

Tipo de alimentación	Inicio	6 meses
	% (n)	% (n)
LME		10,3 (8)
L Mix.		19,4 (15)
LM	72,2 (60)	29,8 (23)
LA	26,4 (23)	40,2 (31)
Pérdidas (n)	4	6

LME: lactancia materna exclusiva; L Mix.: lactancia mixta; LM: lactancia materna; LA: lactancia artificial; n: número de casos.

**Tabla IV. Factores que influyen en el inicio y el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses y de la LM hasta los 12 meses. Análisis univariante**

	OR	IC 95 %	Valor p
<b>Al inicio</b>			
Madre no fumadora	2,00	1,07-3,73	0,030
Contacto piel con piel inmediato/precoz (sí)	3,66	1,72-7,78	0,001
Noches en nido (no)	20,37	10,30-40,26	0,000
Colecho madre/hijo-a por la noche (sí)	4,24	2,63-6,85	0,000
Chupete (no)	2,75	1,12-6,77	0,027
Pezonera (no)	2,05	0,96-4,39	0,063
Sacaleches (no)	7,69	3,06-19,31	0,000
Primer agarre al pecho en las 2 primeras horas (sí)	1,66	0,91-3,00	0,094
Parto eutócico frente a cesárea	2,63	1,44-4,78	0,002
Parto instrumental frente a cesárea	2,12	1,21-3,71	0,008
Pezón normal (sí)	2,43	0,91-6,47	0,073
<b>A los 15 días</b>			
Madre no fumadora	1,99	0,97-4,08	0,059
Experiencia previa con LM (sí)	1,92	1,09-3,38	0,024
Satisfacción con la LM al inicio (sí)	6,72	2,64-17,07	0,000
Contacto piel con piel inmediato/precoz (sí)	2,33	1,06-5,09	0,033
Pezonera al inicio (sí)	3,32	1,49-7,39	0,003

(Continúa en página siguiente)

**Tabla IV (Cont.). Factores que influyen en el inicio y el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses y de la LM hasta los 12 meses. Análisis univariante**

	OR	IC 95 %	Valor p
<b>A los 15 días</b>			
Paridad: múltipara	2,43	1,37-4,30	0,002
Pezón normal (sí)	3,83	1,45-10,12	0,007
Chupete a los 15 días (no)	4,69	2,27-9,64	0,000
Pezonera a los 15 días (no)	2,47	1,39-4,36	0,002
Sacaleches a los 15 días (no)	3,85	2,12-6,99	0,000
Satisfacción con la LM a los 15 días (sí)	12,65	6,45-24,81	0,000
Complicaciones con el pecho a los 15 días (sí)	1,66	0,95-2,90	0,075
Consulta por problemas con la LM a los 15 días (no)	5,26	2,30-12,04	0,000
Dormir en la cama con sus padres a los 15 días (colecho) (sí)	6,22	1,08-35,74	0,040
<b>A los 4 meses</b>			
Noches en nido durante el ingreso (no)	2,66	1,46-4,82	0,001
Chupete al inicio (no)	3,35	1,07-10,49	0,037
Chupete a los 15 días (no)	3,24	1,94-5,42	0,000
Pezonera a los 15 días (no)	1,60	0,92-2,79	0,094
Sacaleches a los 15 días (no)	2,39	1,44-3,95	0,001
Recibir muestras de fórmula a los 15 días (no)	3,12	1,10-8,79	0,031
Satisfacción con la LM a los 15 días (sí)	2,14	1,03-4,46	0,041
Pezonera a los 4 meses (no)	2,49	1,04-5,80	0,040
Sacaleches a los 4 meses (no)	2,18	1,31-3,65	0,003
Complicaciones con el pecho a los 4 meses (no)	1,73	0,94-3,16	0,075
Consulta por problemas con la LM a los 4 meses (no)	2,75	1,66-4,57	0,000
Satisfacción con la LM a los 4 meses (sí)	6,38	2,12-19,16	0,001
Alimentación complementaria a los 4 meses (no)	3,81	1,04-13,83	0,042
Dormir en la cama con sus padres a los 4 meses (colecho) (sí)	2,08	1,03-3,99	0,041
<b>A los 6 meses</b>			
Noches en nido durante el ingreso (no)	2,25	1,04-4,89	0,039
Colecho a la noche durante el ingreso (sí)	2,01	1,07-3,75	0,028
Sacaleches al inicio (no)	3,20	0,90-11,42	0,072
Recibir muestras de fórmula a los 6 meses (no)	0,57	0,30-1,08	0,089
Grupos de apoyo a la LM a los 6 meses (sí)	2,45	0,92-6,54	0,072
Consulta por problemas con la LM a los 6 meses (no)	2,32	1,12-4,82	0,023
Alimentación complementaria a los 6 meses (no)	3,87	1,61-9,32	0,002
Dormir en la cama con sus padres a los 6 meses (colecho) (sí)	2,45	1,19-5,03	0,014
<b>A los 12 meses</b>			
Noches nido durante el ingreso (no)	2,92	1,22-6,99	0,016
Colecho a la noche durante el ingreso (sí)	2,18	1,07-4,43	0,030
Sacaleches al inicio (no)	5,13	1,10-23,77	0,037
Chupete a los 15 días (no)	2,07	1,08-3,96	0,027
Dormir en la cama con sus padres a los 15 días (sí)	2,62	1,28-5,34	0,008
Grupos de apoyo a la LM a los 12 meses (sí)	10,15	1,21-84,64	0,032
Dormir en la cama con sus padres a los 12 meses (colecho) (sí)	6,05	2,51-14,61	0,000

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

**Tabla V.** Factores que influyen en el inicio y el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses y de la LM hasta los 12 meses. Análisis multivariante

	OR	IC 95 %	Valor p
<b>Al inicio</b>			
Noches en nido (no)	25,69	12,66-52,12	0,000
Sacaleches (no)	12,66	4,69-34,20	0,000
<b>A los 15 días</b>			
Chupete a los 15 días (no)	4,42	1,88-10,34	0,001
Sacaleches a los 15 días (no)	3,28	1,60-6,70	0,001
Satisfacción con la LM a los 15 días (sí)	8,79	4,28-18,03	0,000
<b>A los 4 meses</b>			
Noches en nido (no)	3,04	1,55-5,96	0,001
Chupete a los 15 días (no)	3,36	1,88-6,00	0,000
Sacaleches a los 4 meses (no)	2,87	1,58-5,21	0,001
Satisfacción con la LM a los 4 meses (sí)	6,99	2,20-22,19	0,001
<b>A los 6 meses</b>			
Grupos de apoyo a la LM a los 6 meses (sí)	4,91	1,34-17,91	0,016
Consulta por problemas con la LM a los 6 meses (no)	2,31	1,05-5,05	0,036
Alimentación complementaria a los 6 meses (no)	3,61	1,42-9,19	0,007
Dormir en la cama con los padres a los 6 meses (sí)	2,47	1,12-5,44	0,024
<b>A los 12 meses</b>			
Noches en nido (no)	3,65	1,33-10,04	0,012
Chupete a los 15 días (no)	2,29	1,08-4,84	0,029
Grupos de apoyo a la LM a los 12 meses (sí)	11,30	1,05-120,88	0,045
Dormir en la cama con los padres a los 12 meses (sí)	5,11	2,00-13,05	0,001

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

**Tabla VI.** Motivo referido por la madre para el abandono de la lactancia materna en las distintas etapas del estudio

Motivo	15 días		4 meses		6 meses		12 meses		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Iniciativa propia	4	17,3	10	17,2	6	14,6	25	28,4	45	21,43
Consejo sanitario	2	8,6	2	3,4	0	0	1	1,1	5	2,38
Hipogalactia	3	13	2	3,4	1	2,4	6	6,8	12	5,71
Escasa ganancia de peso del niño/a	6	26	12	20,6	3	7,3	1	1,1	22	10,47
Enfermedad de la madre	2	8,6	3	5,1	0	0	1	1,1	6	2,86
Enfermedad del niño/a	0	0	1	1,7	0	0	0	0	1	0,47
Complicaciones con el pecho	3	13	9	15,5	0	0	3	3,4	15	7,14
Sensación de que se quedaba con hambre	0	0	3	5,1	1	2,4	1	1,1	5	2,38
Incorporación al trabajo	0	0	9	15,5	26	63,4	23	26,1	58	27,62
Otros	3	13	7	12	4	9,7	27	30,6	41	19,52
<i>Total</i>	23		58		41		88		210	100

n: número de casos.

## DISCUSIÓN

La edad media de las madres en el momento del parto (34 años) está entre 2 y 4 años por encima de la de otros estudios nacionales (11-14). El 97,3 % de las participantes es de origen español, porcentaje similar al del estudio INMA (7) (97 %) y superior al de otros estudios (63-73 %) (8,14). En cuanto al nivel de estudios, el 79,7 % tienen estudios universitarios, porcentaje muy superior al de estudios previos (27-49 %) (7,8,13-17), y el de madres que trabajan fuera del hogar (91,5 %) también es superior (50-76 %) (8,13,15,17). En cuanto al porcentaje de cesáreas (25,7 %), este está por encima de la media de los estudios previos (8,12-17). El porcentaje de fumadoras durante el embarazo (4 %) es inferior al de otros estudios nacionales (17,5-27 %) (13-15,17), y resulta alentador que 3 de cada 4 mujeres dejaron de fumar durante el embarazo.

En este estudio solo 1 de cada 5 niños recibió LME hasta los 6 meses de vida y LM hasta el año. Lejos del objetivo de la OMS para 2025 (18).

Aunque no se han encontrado estudios nacionales a nivel privado exclusivamente, la comparativa nos muestra una prevalencia de LME y LM entre las de estudios previos (Tabla VII).

En un estudio realizado en Bilbao en 2013 (19) encontramos que, de las mujeres que habían decidido amamantar al inicio, el 49 % fueron casos de LME. Si lo comparamos con este estudio, de las mujeres que optaron por la LM, el 59 % y el 82 % fueron casos de LME al inicio y al alta, respectivamente.

En el subgrupo de mujeres rescatadas, el porcentaje que optó por la LA al inicio (26,4 %) representó más del doble que el del grupo de las que participaron en todas las fases del estudio (12,8 %). Del mismo modo, la LME hasta el sexto mes fue menos de la mitad, 10,3 % frente a 21,6 %. A pesar de que el grupo de mujeres rescatadas es pequeño, las grandes diferencias obtenidas en estos resultados nos alerta del sesgo que pueden representar las no participantes en este tipo de estudios.

Encontramos estudios que relacionan favorablemente que la madre tenga estudios superiores-universitarios con la LM (14-17,19,20); en este estudio, donde el 79,7 % de las mujeres tienen estudios universitarios, no se obtiene una relación estadísticamente significativa. También se relaciona el hecho de ser fumadora con una menor probabilidad de dar LM y con el riesgo del abandono precoz (13-15,20), factor que en este estudio cobra importancia al inicio y en los primeros días.

**Tabla VII.** Prevalencia de LM en estudios realizados en España

Población y año del estudio	Tamaño de la muestra	LME		LM		
	n	Inicio %	6 meses %	Inicio %	6 meses %	12 meses %
Barcelona (19) 2004	200	72,5	16,5	74	25,5	4
León (23) 2000-2005	384	63,5	22,6	80,5	36,7	NC
Guipúzkoa (10) 2006-2008 INMA	547	Al alta: 84,8	15,4	NC	NC	NC
Castilla y León (15) 2007	804	82,7	27,1	91,3	38,5	NC
Castellón de la Plana (16) 2207-2009	335	81,3	40	81,3	51,9	23,8
Aragón (17) 2009-2010 CALINA	1.602	70	16	90,7	54,3	27,8
Zaragoza (14) 2010-2012	570	66,5	15,8	86,3	40,7	14,2
A Coruña (24) 2010-2012	122	Al alta: 54,9	22,9	NC	NC	NC
Madrid (12) 2012-2013 ELOIN	2.627	77,6	25,4	88	49,4	20,4
Barcelona (10) 2015-2016 LACTEM	585	Al alta: 75,3	16,8	94,8	63,3	NC
Bilbao 2016-2018 ZORROTZAURRE	366	51,7 Al alta: 77,1	21,6	87,1	48,4	20,6

LME: lactancia materna exclusiva; LM: lactancia materna; NC: no consta; n: número de casos.

La utilización del nido en el centro sanitario es una práctica ya valorada como negativa para la LM en la Guía de Práctica Clínica (GPC) (21). Factor muy importante en este estudio como determinante de la LM desde el inicio hasta el año. El colecho realizado en la maternidad y en el hogar aparece también como recomendación débil en la GPC (21) y en este estudio se demuestra la relación de este hecho con el mantenimiento de la lactancia hasta el año.

De forma similar, el CPP, aunque no tiene significación estadística en el análisis multivariante, sí aparece como determinante en el análisis univariante al inicio y a los 15 días en relación con la LME, y en este sentido, la GPC del Ministerio de Sanidad (21) recomienda el CPP por sus beneficios sobre la LM a corto y largo plazo, lo que se ve reforzado por los resultados obtenidos en una revisión sistemática (RS) (22) en la que se observaron mejoras tanto en el estado de la lactancia como en su duración.

Las barreras físicas que interfieren con el agarre directo al pecho (chupetes, tetinas, pezonerías) están ligadas a una menor estimulación en la producción de leche y al abandono precoz de la lactancia (8,19,20). Coincide con los resultados obtenidos, mostrándose como factores favorecedores de LM no utilizar chupete ni sacaleches.

Sobre el uso del sacaleches, la GPC del Ministerio de Sanidad de 2017 (21) recoge como recomendación débil la extracción del calostro al inicio en las succiones ineficaces. A la vista de los resultados obtenidos en este trabajo, se necesitarían más estudios que apoyasen si esta recomendación debiera limitarse al tiempo en que exista una separación madre e hijo/a por razones clínicas, estableciendo otras medidas de apoyo para las dificultades en el amamantamiento.

Las recomendaciones actuales indican introducir la AC a partir del sexto mes (1,2). Los resultados obtenidos apoyan esta recomendación y muestran que, si la AC se introduce a partir del sexto mes, hay tres veces más probabilidades de que el niño/a reciba LME hasta esa edad. Sería necesario valorar los motivos por los que se realiza un inicio prematuro de la misma y adecuar las recomendaciones en la consulta de pediatría.

Otros factores han sido relacionados con la LM, como el peso del RN (12-14), la edad gestacional (12), el parto eutócico (12-14), la paridad (8,19) y la educación maternal (12,19,20), que en este trabajo no presentan significación estadística.

Son diversos los motivos que las madres refieren para el abandono de la LM. En la bibliografía revisada se encuentran como predominantes los laborales y la hipogalactia (7,8,11,13), la escasa ganancia de peso del niño/a (7,13), la sensación de que el RN seguía teniendo hambre y el dolor al lactar (8), motivos que también expresaron las madres en este estudio. Ya desde el inicio, más de la cuarta parte de las mujeres que optaron por la LM manifestaron que darían el pecho hasta la incorporación al trabajo, y un 63,4 % refirieron dicha incorporación como motivo de abandono entre el cuarto y el sexto mes; teniendo en cuenta que el 91,5 % de la muestra trabaja fuera del hogar, este motivo cobra un peso importante.

Una de las principales limitaciones es el propio sector en el que se realiza el estudio, que puede entrañar una limitación descono-

cida. La variable sector público/privado podría influir tanto en las características de la muestra como en los resultados.

Partiendo del cálculo muestral con la hipótesis más favorable y el incremento del 20 % por posibles pérdidas, unido a la valoración trimestral de los casos obtenidos con recogidas compensatorias, se consiguió evitar el sesgo de pérdidas de seguimiento, superando el número de participantes el tamaño muestral previsto.

El sistema de recogida de los datos por cortes de edad mediante encuesta "en las últimas 24 horas" favorece el recuerdo, a diferencia de otros estudios retrospectivos donde este factor pudiera suponer un sesgo de memoria.

Para evitar el efecto Hawthorne, se estableció que las investigadoras que realizaban las encuestas no hubieran atendido a la mujer durante el proceso del parto.

Del presente estudio podemos extraer las siguientes conclusiones: a) a pesar de las recomendaciones actuales de la OMS, en la población del estudio solo 1 de cada 5 niños/as recibieron LME hasta los 6 meses de vida y LM hasta el año; b) los factores favorecedores que muestran evidencia en el inicio y el mantenimiento de la LM son: suprimir el nido durante el ingreso tras el parto, desaconsejar el chupete los primeros 15 días y los sacaleches los primeros 4 meses, practicar el colecho, la satisfacción materna con la lactancia, iniciar la AC a partir del sexto mes y asistir a GAL en el primer año; c) se deberían establecer estrategias favorecedoras del amamantamiento, realizando indicaciones y apoyo individualizados con valoración y seguimiento continuados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS, UNICEF. Nutrición del lactante y del niño pequeño: estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS; 2002 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_spa.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf)
2. OMS, UNICEF. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte I Definiciones. 2009 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241596664/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/)
3. Lactancia materna en cifras 2016: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
4. From the first hour of life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. United Nations Children's Fund UNICEF; October 2016. Disponible en: <http://data.unicef.org/resources/first-hour-life-new-report-breastfeedingpractices/>
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE, Encuesta Nacional de Salud. España 2017 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17\\_pres\\_web.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf)
6. Oves B, Escartín L, Samper MP, Cuadrón L, Alvarez ML, Lasarte JJ, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr* 2013;81(1):32-8.
7. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, SantaMarina 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(1):4-9. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002
8. Cabedo R, Manresa JM, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R, et al. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas Prof* 2019;20(2):54-61.

10. López de Aberasturi A, Santos N, Ramos Y, García M, Artola C, Arara I. Notas metodológicas para aumentar la adherencia a un estudio sobre lactancia materna en un colectivo de mujeres de Bilbao: Estudio Zorrotzaurre. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 2020;26(3).
11. Estrategia Centros de Salud IHAM, España; 2017 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://www.iham.es/docs/documentacion-acreditacion/centros\\_salud/Manual\\_para\\_la\\_acreditacion\\_IHAM\\_en\\_AP\\_2018.pdf](https://www.iham.es/docs/documentacion-acreditacion/centros_salud/Manual_para_la_acreditacion_IHAM_en_AP_2018.pdf)
12. 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(1):32-43. DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.09.002
13. Giménez López V, Jimeno Sierra B, Valles Pinto MD, Sanz de Miguel E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2015;17(65):17-26. DOI: 10.4321/S1139-76322015000100004
14. Sacristán AM, Lozano JE, Gil M, Vega AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011;13:33-46. DOI: 10.4321/S1139-76322011000100004
15. Palomares Gimeno MJ, Fabregat Ferrer E, Folch Manuel S, Escrig García B, Escoín Peña F, Gil Segarra C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011;13(49):47-62. DOI: 10.4321/S1139-76322011000100005
16. Cuadrón L, Samper MP, Álvarez ML, Lasarte JJ, Rodríguez G, Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr* 2013;79:312-8.
17. Iglesias Casas S, Montenegro Alonso MS, Barro Rochela E, Varela Varela L, Castillo Lluva N, Blanco Nieves MI, et al. Influencia de las intervenciones realizadas durante el parto en la duración de la lactancia materna. *Matronas Prof* 2019;20(3):96-104.
18. Raventós Canet A, Crespo García A, Villa Vázquez S. Prevalencia de la lactancia materna en el área básica de salud de Sant Feliú-2 (Barcelona). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006;8:409-20.
19. OMS. UNICEF. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre Lactancia Materna. Ginebra: OMS; 2017 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025\\_policybrief\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/es/)
20. Gutiérrez de Terán Moreno G. Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la lactancia materna. (Tesis Doctoral) Universidad del País Vasco; 2015 [acceso 24 junio 2020]. Disponible en: [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/TESIS\\_GUTIERREZ%20DE%20TERAN\\_MORENO\\_GLORIA.pdf?sequence=1](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19879/TESIS_GUTIERREZ%20DE%20TERAN_MORENO_GLORIA.pdf?sequence=1)
21. 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(1):6-15. DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.05.011
22. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017 [acceso 8 julio 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/lactanciaMaterna.htm>
23. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2007, Issue 3 [acceso 10 junio 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/full/es>. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2
24. Rodríguez Pérez MJ, Álvarez Vázquez E, Medina Pomares J, Velicia Peñas CV, Cal Conde A, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de lactancia materna en el Área Sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública* 2017;91:1-9.
25. Gallegos Pita J, Gómez Besteiro MI, Valiño Pazos C. Prevalencia de la lactancia materna exclusiva y visita puerperal en un centro de salud de Carral (A Coruña). *Matronas Prof* 2017;18(1):8-16.