



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2019-2020

Trabajo de Fin de Grado

**Abandono prematuro de la lactancia
materna exclusiva**

Alumna: Sara Mulero Sanz

Tutor: Dr. José María Jiménez Pérez

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud y diversas instituciones recomiendan que la lactancia materna exclusiva se inicie en la primera hora de vida y se mantenga durante los siguientes seis meses. Sin embargo, la prevalencia global permanece baja, solo un 41% de los lactantes continúa con ella al final de este periodo, mientras que, en España este número se reduce a un 39%.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Cochrane, SciELO y Web of Science entre otras, entre febrero y abril de 2020. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 29 artículos finalmente incluidos en la revisión.

Resultados: Varios factores como la edad materna, el nivel de estudios o el tipo de parto influyen en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. Las madres se encuentran con dificultades cuando amamantan, como problemas con el agarre, dolor en el pecho, percepción de poca leche o la vuelta al trabajo. Estos problemas, si no son correctamente solventados, pueden provocar el abandono prematuro de la lactancia materna exclusiva. La enfermera puede actuar sobre factores modificables que mejoren la adherencia a la lactancia como la autoeficacia materna o las prácticas intrahospitalarias promovidas por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia.

Conclusiones: Detectar a las madres en riesgo de abandono y conocer las causas más comunes que las hace abandonar la lactancia materna exclusiva otorga información a la enfermera que permite una mayor individualización de los cuidados.

Palabras clave: Lactancia materna, enfermería, periodo postparto, destete, factores de riesgo, trastornos de lactancia.

ABSTRACT

Background: The World Health Organization and other various health institutions recommend that newborns initiate breastfeeding within the first hour and be exclusively breastfed for the first six months of life. However, the overall prevalence remains low, only 41% of infants kept been breastfed at the end of that period, while in Spain this number drops to 39%.

Methods: A bibliographic review using Pubmed, CINAHL, Cochrane, SciELO and Web of Science databases between February and April 2020 was conducted. 29 articles were finally included in the review after applying the inclusion and exclusion criteria.

Results: Several factors such as maternal age, educational level or the type of delivery are associated with the beginning and continuation of exclusive breastfeeding. Mothers face different problems while breastfeeding, such as difficulties for the baby to latch on, breast pain, perception of low milk or the return to work. Those problems, if not correctly solved, can lead to early cessation of exclusive breastfeeding. The nurse might act on modifiable factors that improve breastfeeding adherence such as maternal self-efficacy or in-hospital practices promoted by the Baby-friendly Hospital Initiative.

Conclusions: Being able to detect mothers at risk of cessation and getting to know the main causes that make them stop breastfeeding provides information to the nurse that allows a greater individualization of care.

Keywords: Breastfeeding, exclusive breastfeeding, nursing, postpartum period, weaning, risk factors, lactation disorders.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	6
2.1	OBJETIVO GENERAL	6
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3.	METODOLOGÍA.....	7
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	9
4.1	FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	9
4.1.1	<i>Edad materna.....</i>	9
4.1.2	<i>Nivel de educación materna</i>	10
4.1.3	<i>Fumar.....</i>	10
4.1.4	<i>Número de partos anteriores.....</i>	11
4.1.5	<i>Tipo de parto.....</i>	12
4.1.6	<i>Uso de chupete.....</i>	14
4.2	MOTIVOS DE ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	15
4.3	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	18
4.3.1	<i>Cuidado prenatal.....</i>	18
4.3.2	<i>Cuidado hospitalario</i>	19
4.3.3	<i>Cuidado postparto</i>	21
5.	CONCLUSIONES.....	22
6.	BIBLIOGRAFÍA	23
7.	ANEXOS	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica...7

Tabla 2. Relación de porcentajes de madres que abandonan la lactancia materna exclusiva (LME) por cada causa, en función de cada autor.....15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución global de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Adaptado de: UNICEF Global Databases¹²2

Figura 2. Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna exclusiva a los 6 meses en países de Europa. Adaptado de: UNICEF Global Databases¹².....3

Figura 3. Algoritmo de selección de artículos para la revisión bibliográfica.....8

Figura 4. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) en función de la edad materna tomando como referencia las madres menores de 25 años^{34,35}..9

Figura 5. Porcentaje (riesgo absoluto) de abandono de la LME en madres sin grado universitario en comparación con el porcentaje de abandono en madres con grado universitario²⁸⁻³¹10

Figura 6. Porcentaje (riesgo absoluto) de abandono de la LME en madres fumadoras en comparación con el porcentaje de abandono en madres no fumadoras^{28,31-33}11

Figura 7. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres primíparas tomando como referencia ser múltipara^{35,36,38,41}12

Figura 8. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en parto por cesárea tomando como referencia el parto vaginal^{34,36,38,39,41}13

Figura 9. Probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en lactantes que usan chupete tomando como referencia no usar chupete^{36,38,39,46}14

Figura 10 Comparación entre McQueen et al⁶⁴ y Petrozzi et al⁶⁵ de la probabilidad de mantener la LME en función de la puntuación en la escala de autoeficacia materna (BSES-SF).....18

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AAP: American Academy of Pediatrics

AEP: Asociación Española de Pediatría

BSES-SF: Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

IHAN: Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia

INE: Instituto Nacional de Estadística

JCR: Journal Citation Reports

LA: Lactancia Artificial

LM: Lactancia materna

LME: Lactancia materna exclusiva

MeSH: Medical Subject Headings

OMS: Organización Mundial de la Salud

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1. INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, la lactancia materna (LM) ha sido la garantía de supervivencia del recién nacido¹. Aunque hasta el siglo XX no se conociese la composición de la leche materna, ya se sospechaba que era el mejor alimento para el recién nacido debido a los malos resultados cuando se había probado a alimentar a los niños con leche procedente de otra especie^{1,2}.

Las nodrizas, mujeres que decidían amamantar a un niño ajeno, bien por caridad o a cambio de bienes materiales, datan de la Prehistoria y fueron muy comunes hasta el siglo XX, cuando con la aparición de la leche artificial y la conciencia de que a través de la leche se podían contagiar varias enfermedades infecciosas como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), terminarían por desaparecer^{3,4}.

En 1866 Henri Nestlé ideó la primera harina lacteada que fue importada en 1873 a España¹. Sin embargo, fue en la década de 1940 cuando se extendió el uso de estas fórmulas y se empezó a usar como una alternativa a la LM en aquellos casos en las que las madres no podían o no querían dar el pecho a sus hijos².

En la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1974, se advierte del descenso de la LM por factores como la publicidad realizada por las industrias de sucedáneos de leche materna⁵. Esta preocupación conlleva a adoptar, en 1981, el “Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna”^{6,7}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la lactancia materna exclusiva (LME) como aquella en la que “el niño recibe solamente leche materna (incluyendo leche extraída o de nodriza) durante los primeros 6 meses de vida, y ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos)”⁷.

Instituciones como la Academia Americana de Pediatría (AAP)⁸, la OMS⁷, El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁹ y la Asociación Española de Pediatría (AEP)¹⁰ recomiendan que la LME se inicie en la primera hora de vida y tenga una duración de 6 meses, a partir de este momento se introducirán alimentos complementarios adecuados, sin dejar de amamantar, como mínimo hasta los 2 años de vida.

La prevalencia global de la LME permanece bastante baja. Solo un 41% de niños, la mayoría provenientes de países de medianos y bajos ingresos, continua con LME a los 6 meses¹¹.

Como se muestra en la Figura 1, las tasas más altas de LME a los 6 meses de edad se encuentran en países del sur de África y del sur de Asia.

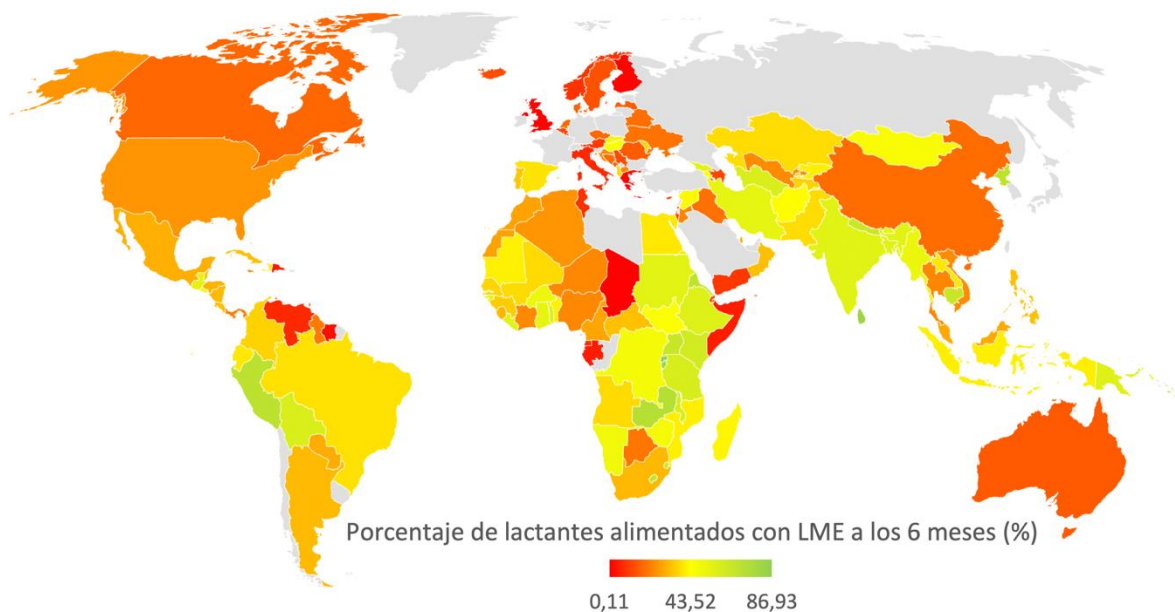


Figura 1. Distribución global de la lactancia materna exclusiva a los 6 meses. Adaptado de: UNICEF Global Databases¹².

La prevalencia de LME en Europa permanece muy baja. Países como Reino Unido, Grecia y Finlandia tienen tasas del 1% de LME a los 6 meses. Los porcentajes más altos se encuentran en Eslovaquia (49%), Hungría (44%), España (39%) y Portugal (34%) (Figura 2).

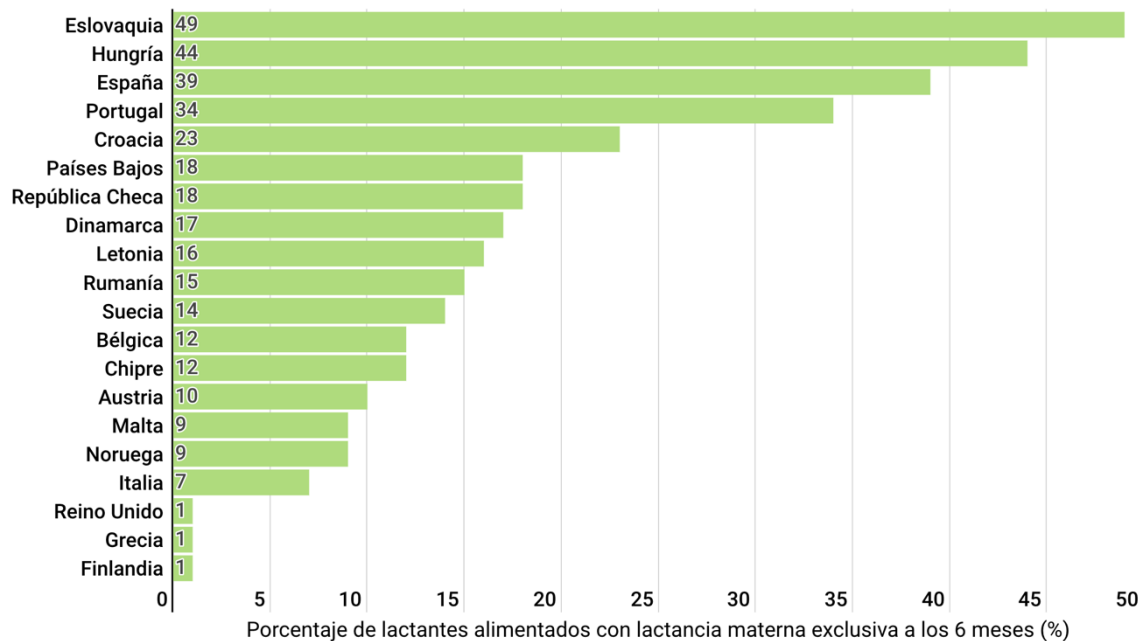


Figura 2. Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna exclusiva a los 6 meses en países de Europa. Adaptado de: UNICEF Global Databases¹².

En España, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social realiza desde 1987 una encuesta quinquenal, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). La última encuesta se realizó en 2017, en ella se recogieron preguntas sobre LM y LME¹³.

Se apreció un aumento considerable de la LME a los 6 meses. En 1995 la prevalencia era de un 15,1%, hasta 2011 este porcentaje aumentó 13,4 puntos con una prevalencia de 28,5%; pero desde 2011 hasta 2017 se produjo el aumento más grande, de casi 11 puntos en 6 años, con una tasa en 2017 del 39%¹⁴.

Diversos estudios han demostrado los múltiples beneficios de la LM y, en especial, de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre.

Para el recién nacido, la LM tiene factores protectores contra la diarrea, las infecciones respiratorias, la otitis media, el asma y las maloclusiones. Además, se asocia con una disminución del síndrome de muerte súbita del lactante y de enterocolitis necrotizante¹⁵.

Con respecto a los beneficios a largo plazo, se demuestra que, con periodos más largos de LM disminuyen las posibilidades de padecer sobrepeso y obesidad, además, se observan menos incidencias de diabetes mellitus tipo 1 y 2 y de leucemias^{15,16}.

La LM influye en el neurodesarrollo del niño. Existe evidencia de que, especialmente la LME durante 6 meses, está relacionada con mayores coeficientes intelectuales en la infancia¹⁷. Estos niños demuestran, sobre todo, una mayor inteligencia verbal, de casi 5 puntos superior en relación con los niños que no han sido amamantados¹⁵. Los factores de la LM que favorecen el neurodesarrollo están relacionados con los factores nutricionales que esta contiene y que no están presentes en las leches de fórmula, pero también con la interacción madre-hijo que se produce durante el amamantamiento¹⁸.

Para las madres, la LME está asociada con periodos más largos de amenorrea, útil como método anticonceptivo¹⁹. Las madres que no amamantan son más propensas a sufrir cánceres de mama y ovario^{15,19,20}. Además, protege contra la diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardíacas^{15,20}.

Si las recomendaciones de LM se cumplieran en todo el mundo, se evitaría al año una cifra estimada de 823.000 muertes infantiles y 20.000 muertes maternas por cáncer de mama¹⁵.

La LM no es solo un “hecho natural”, sino que es también una parte de la sociedad y la cultura. Cuando estas cambian, la visión de la LM cambia con ellas.

Las madres reciben información sobre la LM a través de fuentes no médicas como la televisión, internet, grupos sociales, miembros de la familia, etc. Esta información muchas veces no es cierta y ayuda a la perpetuación de la idea de que el biberón es la norma en la alimentación de los recién nacidos²¹.

La sexualización de los pechos femeninos ha generado que, muchas madres se sientan avergonzadas y, en ocasiones, se pida que se tapen o que se vayan del establecimiento cuando amamantan en público. El escaso apoyo de la sociedad a las madres que dan de lactar contribuye al abandono de la LME²².

La enfermera tiene implicaciones directas en el fomento y adherencia de la LM, debe promoverla y promocionar sus beneficios, pero siempre respetando la decisión de la madre y ayudándola a lograr sus expectativas y deseos de maternidad.

La implicación de la enfermera o de la matrona comienza mucho antes del parto, con la educación maternal en el embarazo. Asesorarán a los padres sobre el mejor método de alimentación para su hijo, recomendando la LME, informando de todos los beneficios y riesgos de no amamantar, desmintiendo los mitos, resolviendo todas las dudas que les puedan surgir y ofreciendo un apoyo individualizado a aquellas madres que deseen amamantar. Por ello, el éxito de la LME comienza desde la Educación para la Salud, un elemento clave en la enfermería, por lo que, matronas, enfermeras y todo el personal sanitario en contacto con la madre debe tener una buena base de conocimientos sobre la LM²³.

En el postparto inmediato, lo ideal es que la matrona favorezca el contacto piel con piel, lo que ayuda a que el recién nacido se agarre al pecho e inicie la LM en la primera hora de vida²⁴.

En los primeros días tras el nacimiento, el apoyo y seguimiento a la madre es un aspecto crucial, ya que en estos momentos suelen aparecer los primeros problemas relacionados con la LM ²³. El seguimiento de la madre debe continuar en los meses posteriores, ya que siguen apareciendo factores como la incorporación de la madre al trabajo o la introducción de la alimentación complementaria que ponen en peligro la continuación de la LME^{25,26}.

El embarazo, el parto y el puerperio pueden suponer periodos estresantes para la madre si esta no recibe el apoyo necesario por parte de personal cualificado. La labor de la matrona y de la enfermera determinará en gran medida el éxito de la LME, por ello, se hace relevante poder detectar a las madres con más riesgo y conocer las causas y dificultades que conducen a muchas mujeres a abandonar la LME, ya que esta información proporciona a la enfermera la capacidad de proporcionar cuidados continuos y de calidad que aumenten la autoconfianza de la madre en su habilidad de amamantar con éxito a su hijo^{23,27}.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las casusas más prevalentes en el abandono de la lactancia materna exclusiva y sus implicaciones para la práctica en enfermería.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los principales factores maternos que predisponen al abandono de la lactancia materna exclusiva.
- Valorar los motivos más comunes de abandono de la lactancia materna exclusiva en los 6 primeros meses.
- Identificar las principales intervenciones enfermeras que favorecen la promoción y la adherencia a la lactancia materna exclusiva.

3. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica para la que se realizó una búsqueda de artículos en el periodo comprendido entre febrero y abril de 2020. La búsqueda se efectuó principalmente en Pubmed, con apoyo en otras bases de datos como: CINAHL, Cochrane, SciELO, CUIDEN, Web of Science y portales web pertenecientes a instituciones que abordan el problema de la lactancia materna como: Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Asociación Española de Pediatría (AEP) y Asociación Americana de Pediatría (AAP).

Para realizar la búsqueda se utilizó lenguaje controlado a través de descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y sus respectivos MeSH (Medical Subject Headings) como se indica en la Tabla 1 y los operadores Booleanos “AND” y “OR”.

Tabla 1. Descriptores DeCS y MeSH utilizados en la búsqueda bibliográfica.

DeCS	MeSH
Lactancia Materna	Breast Feeding
Destete	Weaning
Enfermería	Nursing
Prevalencia	Prevalence
Periodo Postparto	Postpartum Period
Trastornos de la Lactancia	Lactation Disorders
Factores de riesgo	Risk Factors

Para acotar los resultados de la búsqueda se delimitaron una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión que se utilizaron para seleccionar los artículos fueron: artículos publicados en los últimos 5 años (2015-2020), de libre acceso, escritos en español o inglés y artículos de revistas indexadas en Journal Citation Reports (JCR).

Los criterios de exclusión por los que se rechazaron los artículos fueron: artículos escritos en otro idioma distinto a español o inglés, publicados hace más de 5 años, artículos de revistas no indexadas en JCR y en los que la población de estudio fueran recién nacidos prematuros, con alguna patología o madres con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El proceso de selección de artículos se describe en la Figura 3. Se identificaron un total de 2365 artículos en las bases de datos, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 123 artículos, de estos se descartaron 45 por encontrarse duplicados, no estar indexados en JCR o en los que la población de estudio fueran recién nacidos prematuros o con alguna patología y madres con VIH. Tras la lectura del resumen se seleccionaron 59 artículos y, finalmente tras una lectura completa, se seleccionaron 29 artículos que fueron incluidos en la revisión bibliográfica por cumplir los criterios de inclusión y dar respuesta a los objetivos planteados.

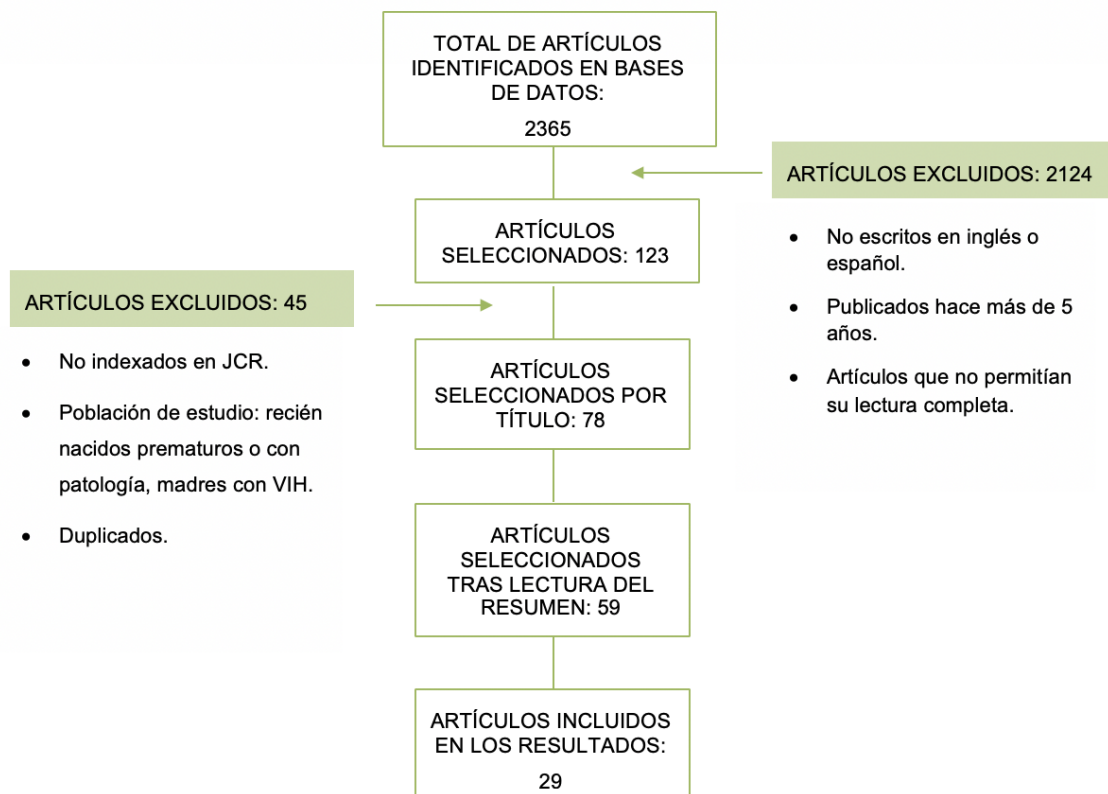


Figura 3. Algoritmo de selección de artículos para la revisión bibliográfica.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Diversos factores socioeconómicos, culturales e individuales afectan a las decisiones y actitudes de las madres sobre la LME. Conocerlos y saber cuales afectan negativamente permite a la enfermera poder detectar madres en riesgo de abandono prematuro de la LME y realizar acciones de enfermería concretas para cada uno de los casos.

4.1.1 Edad materna

En la Figura 4 se observa que las madres menores a 25 años son las que más probabilidad de abandono de la LME tienen. Villar et al²⁸ y Pitonyak et al²⁹ coinciden en que, para todos los periodos de tiempo estudiados, el rango de edad de 30 a 34 años es el más protector para la LME. Además, Villar et al²⁸ muestran como con el paso de los meses se hace cada vez más relevante para el mantenimiento de la LME tener una edad superior a 25.

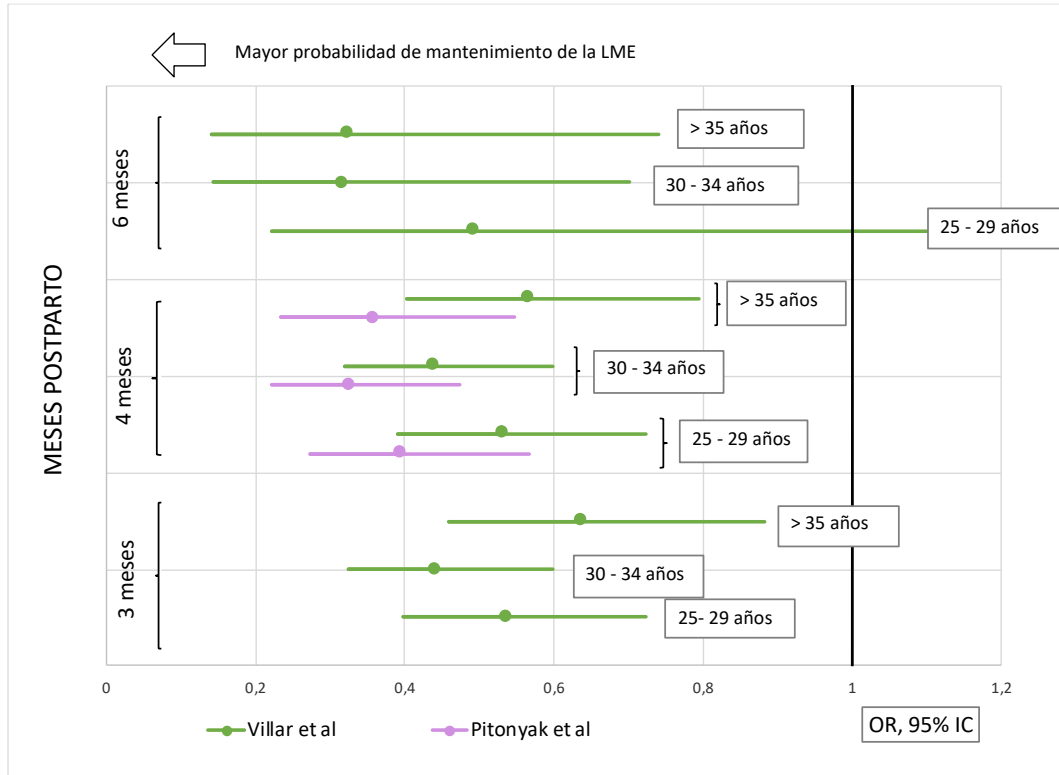


Figura 4. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de mantenimiento de la lactancia materna exclusiva (LME) en función de la edad materna tomando como referencia las madres menores de 25 años^{28,29}.

4.1.2 Nivel de educación materna

Como se muestra en la Figura 5, todos los resultados concuerdan en que cuanto mayor sea la educación que tenga la madre mayor son las probabilidades de continuar con la LME. Se observa una gran diferencia entre los porcentajes de abandono en el cuarto mes postparto, Cox et al³² muestran que, por cada mujer que abandona con grado universitario abandonan 1,62 mujeres sin grado universitario.

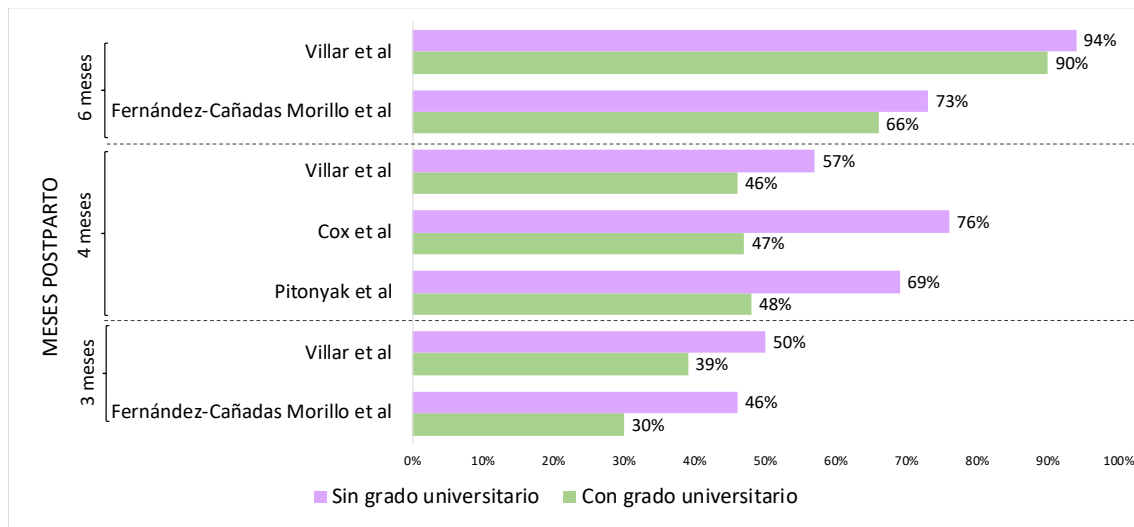


Figura 5. Porcentaje (riesgo absoluto) de abandono de la LME en madres sin grado universitario en comparación con el porcentaje de abandono en madres con grado universitario²⁸⁻³¹.

4.1.3 Fumar

Los resultados de los distintos autores coinciden en que fumar, ya sea antes del embarazo, durante el embarazo o en el postparto, aumenta las probabilidades de abandonar la LME (Figura 6). Se observa que, la diferencia entre los porcentajes de abandono se va incrementando con el paso de los meses.

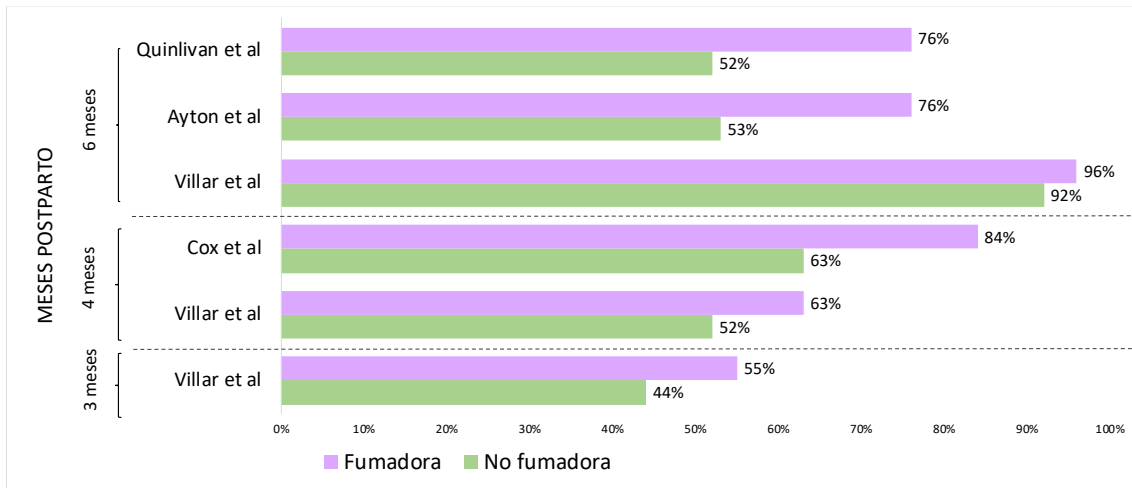


Figura 6. Porcentaje (riesgo absoluto) de abandono de la LME en madres fumadoras en comparación con el porcentaje de abandono en madres no fumadoras^{28,31-33}.

Esta asociación podría explicarse con el estudio de Napierala et al³⁴ que indica que las madres que fuman producen menos leche que las madres que no tienen este hábito. Se desconocen las causas exactas de este hecho, pero diversas investigaciones indican que puede deberse a que la nicotina reduce los niveles de prolactina en sangre. Por otra parte, otros estudios asociaron el abandono de la LME en las mujeres fumadoras a una causa eminentemente psicológica y no fisiológica, señalando que el tabaquismo suscita una disminución en la motivación para amamantar^{32,31}.

Los resultados de otros estudios^{34,38} también concluyen en que tener hábitos saludables como realizar actividad física y no padecer obesidad (Índice de Masa Corporal <30), favorece la probabilidad de adherencia a la LME.

4.1.4 Número de partos anteriores

La Figura 7 muestra cómo los autores analizados coinciden en que ser primípara favorece la posibilidad de abandonar la LME. No obstante, el estudio de Fernandez-Cañadas Morillo et al³⁰ señala cómo en el tercer mes postparto no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ser primípara o múltipara y las probabilidades de abandonar la LME.

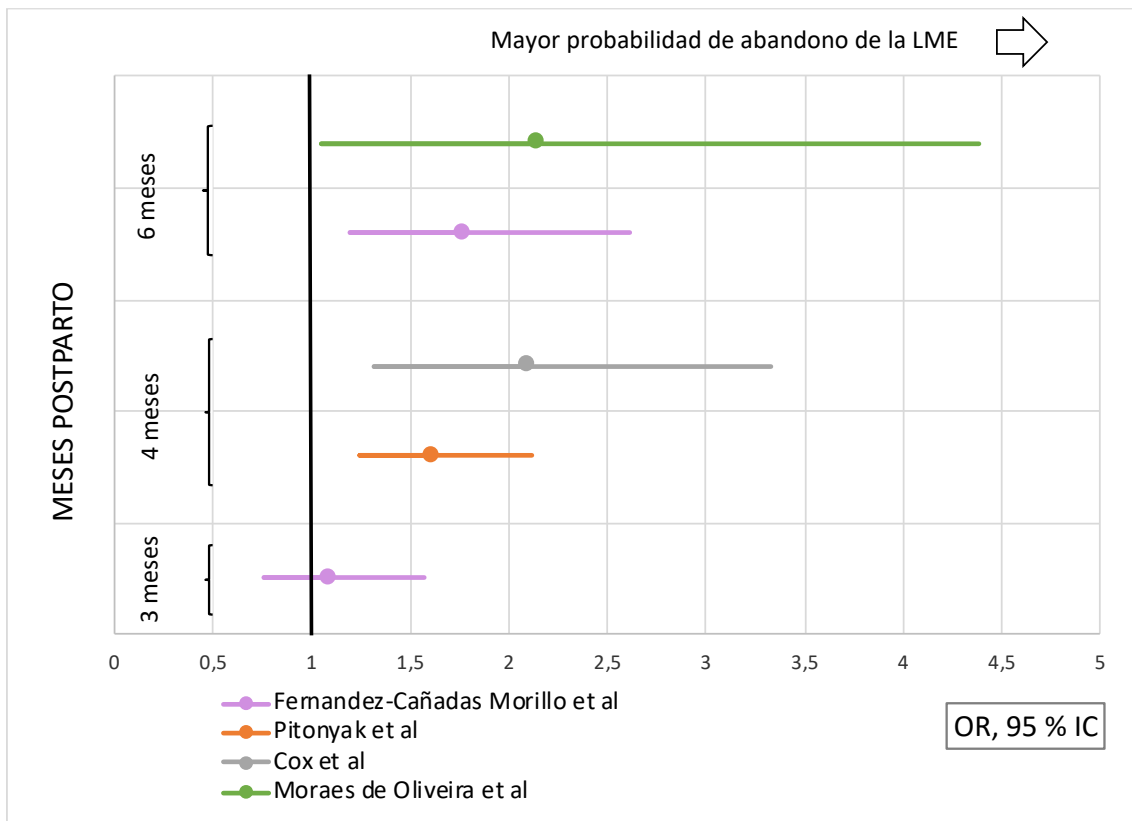


Figura 7. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en madres primíparas tomando como referencia ser múltipara^{29,30,32,35}.

Moraes de Oliveira et al³⁵ exponen que una posible explicación del aumento de posibilidades de adherencia a la LME al ser múltipara es que estas madres ya tienen una experiencia anterior con la LM, por lo que cuando aparecen problemas, muchas de ellas ya saben como solventarlos. Por otro lado, Schafer et al³⁶ muestran en su estudio que aquellas madres múltiparas que han tenido, sobre todo, problemas en la succión y en el agarre del lactante, inician en menor medida la LM, lo que refuerza la importancia de abordar los problemas que se encontraron con el primer hijo antes de que nazca el siguiente.

4.1.5 Tipo de parto

El parto por cesárea dificulta el inicio de la LM, ya que disminuye la concentración de oxitocina y prolactina, las madres sufren alteraciones físicas por el dolor y la anestesia y, se produce la separación entre la madre y el hijo³⁷.

Como se representa en la Figura 8, en el primer mes postparto Chen et al³⁸ muestran cómo el parto por cesárea aumenta a más del doble las posibilidades

de abandonar la LME. Con el transcurso de los meses la diferencia de probabilidades de abandono entre las mujeres que han parido por cesárea y las que han parido vaginalmente se va igualando. A los 6 meses postparto, la mayoría de los autores coinciden en que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las formas de parto y el abandono de la LME. Excepto por el estudio de Ayton et al³³, que si encuentra diferencias estadísticamente significativas a los 6 meses.

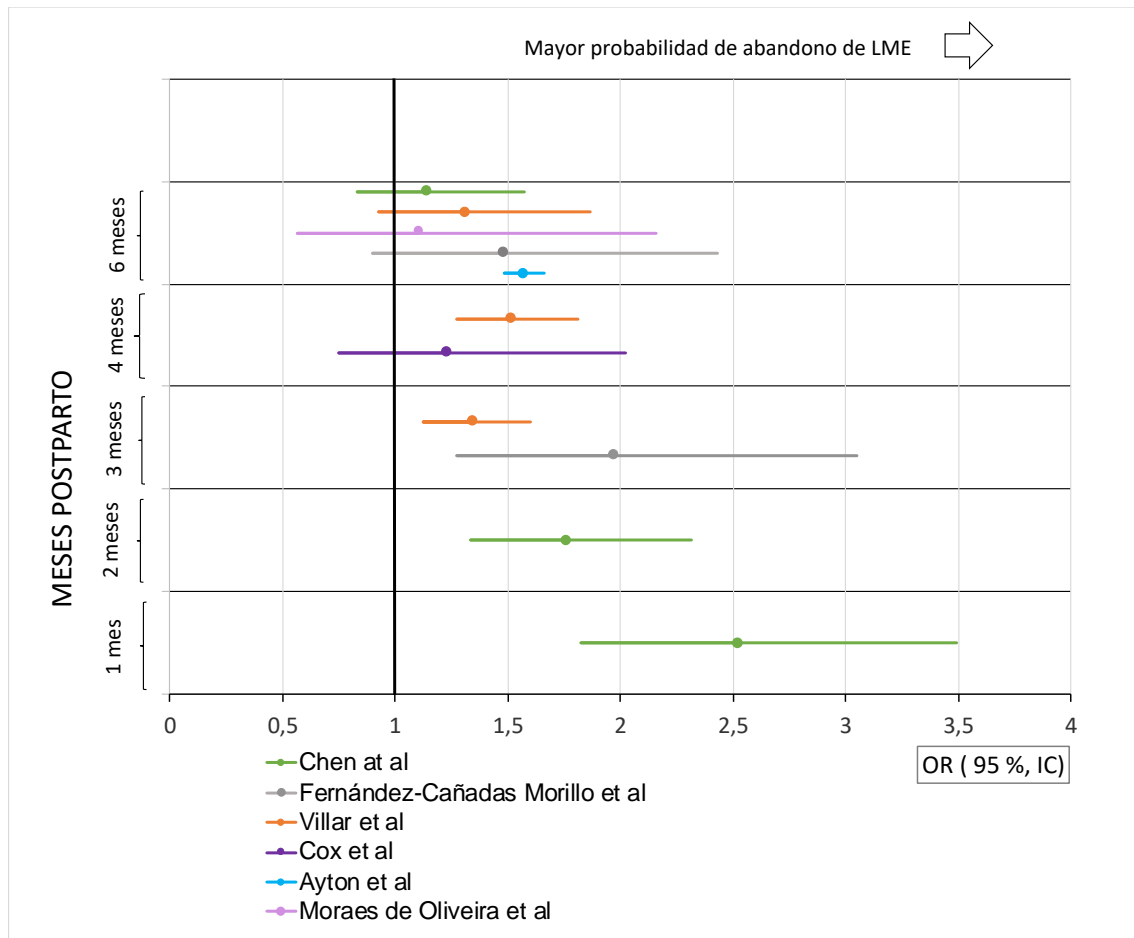


Figura 8. Comparación de la probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en parto por cesárea tomando como referencia el parto vaginal^{28,30,32,33,35}.

En la misma línea, Hobbs et al³⁹ plantean diferencias entre las cesáreas programadas y las de urgencia. Sus resultados muestran que las mujeres que tuvieron una cesárea de urgencia presentaban más probabilidad de no amamantar con éxito a su hijo en el primer intento y en las primeras 24 horas postparto que aquellas madres con cesárea programada o parto vaginal. El estudio concluyó que las mujeres con parto por cesárea de urgencia son más

propensas a no establecer la LM en el hospital. La visita postparto en estas madres puede ser muy beneficiosa para solventar los problemas y mejorar la adherencia a la LME.

4.1.6 Uso de chupete

Como muestra la Figura 9, el uso de chupete aumenta las probabilidades de abandonar la LME. En el estudio de Fernández-Cañadas Morillo et al³⁰ la probabilidad de abandono se multiplica por 3 en los niños que usan chupete, a diferencia de los resultados de Colombo et al⁴⁰ Cox et al³² y Ayton et al³⁹ en los que la probabilidad de abandono es menor. Distintos organismos internacionales y nacionales recomiendan no ofrecer chupetes a los recién nacidos, al menos hasta que la lactancia esté establecida, ya que podría interferir en la succión y el agarre del niño al pecho^{41,42}.

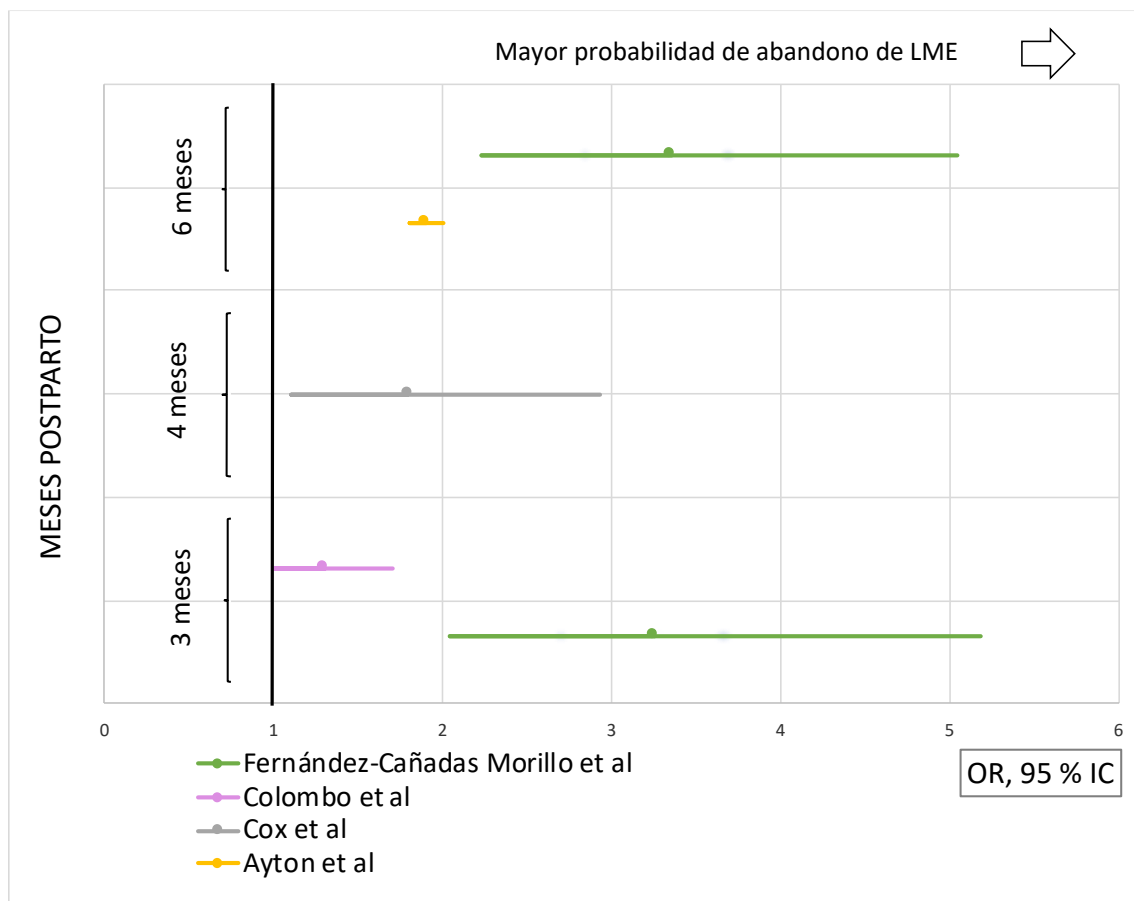


Figura 9. Probabilidad (Odds ratio e intervalo de confianza al 95%) de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) en lactantes que usan chupete tomando como referencia no usar chupete^{30,32,33,40}.

4.2 MOTIVOS DE ABANDONO PREMATURO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La OMS se ha propuesto el objetivo para 2025 de que, al menos el 50% de los niños estén amamantados exclusivamente con leche materna los seis primeros meses⁴³ y que, para el 2030 lo estén el 70%⁴⁴. Las madres con intención de amamantar, en diversas ocasiones, se encuentran con dificultades que las conducen a abandonar la LME.

Los motivos de abandono más prevalentes entre las madres de los estudios seleccionados fueron: hipogalactia, vuelta al trabajo, escasa ganancia de peso, decisión materna y problemas de lactancia. (Tabla 2)

Tabla 2. Relación de porcentajes de madres que abandonan la lactancia materna exclusiva (LME) por cada causa, en función de cada autor ⁴⁵⁻⁴⁹.

Autor/Año	Muestra	País de estudio	Porcentaje de madres que abandonan la LME por cada motivo.				
			Hipogalactia	Cuestión laboral	Escasa ganancia de peso	Decisión materna	Problemas de lactancia
Oribe et al ⁴⁵ / 2015	460	España	19,4%	31,1%	10,6%	-	9,8%
Díaz-Gómez et al ⁴⁶ / 2016	334	España	29%	17,6%	5,1%	6,3%	7,2%
Vila-Candel et al ⁴⁷ / 2017	234	España	19,85%	6%	15,9%	13,4%	10,7%
Sun et al ⁴⁸ / 2017	180	China	56,7%	38.3%	-	-	2,8%
Ramiro González et al ⁴⁹ / 2017	2.217	España	32,3%	25,9%	3,3%	15,4%	3,4%

Oribe et al⁴⁵, Rozga et al⁵⁰ y Newby et al⁵¹ muestran que, los problemas de lactancia y la hipogalactia fueron las razones por las que la madre abandonaban antes la LME. Oribe et al⁴⁵ detallan que la media de duración de la LME en madres que abandonaron por problemas de lactancia fue de 4 semanas y por hipogalactia de 9,7 semanas.

Los resultados de la mayoría de los autores sostienen que la hipogalactia (real o percibida) es la razón más común de abandono de la LME^{46-48,51,52}.

Cabe destacar que la mayoría de las ocasiones en las que la madre expresa una disminución de la producción de leche, esta es subjetiva⁵², ya que solo existe un diagnóstico clínico del 5%⁴⁵.

Por consiguiente, debido a la alta prevalencia de este problema, la enfermera debería educar a la madre con antelación, y aclarar que la cantidad de leche se adecua a la cantidad que el niño mame, por ello, la LM a demanda es la mejor forma de asegurar que el recién nacido ingiera la cantidad que necesita⁵³.

Los problemas de lactancia abarcan factores como dificultad y mal agarre al pecho, mastitis, grietas en el pezón, dolor en el pecho^{45,48-51}. No suele ser una razón de abandono muy prevalente (Tabla 3), sin embargo, como se ha expuesto con anterioridad, el abandono por esta causa conlleva a una cantidad muy reducida de semanas ofreciendo LME⁴⁵.

En la encuesta realizada por Newby et al⁵¹, el 48,2% y el 30,4% de las madres que abandonaron la LME antes de las 12 semanas, alegaron que fue porque “el niño no se agarraba bien” y por “dolor, agrietamiento y sangrado de los pezones” respectivamente. Análogamente, el estudio de Sun et al⁴⁸ muestra como el 19,2% de mujeres abandona en los primeros 30 días por problemas de lactancia, reduciéndose a un 2,8% de abandono en el periodo de 2 a 4 meses por la misma causa. Esto se debe a que estos problemas suelen ocurrir en el periodo de postparto temprano y van desapareciendo a medida que la madre y el niño se acostumbran a la LM.

La escasa ganancia de peso es también un problema que preocupa a muchas madres, y que las lleva a introducir la lactancia artificial (LA). Ahora bien, la AEP recalca que es más importante fijarse en el aspecto del niño, su vivacidad, si moja 4-5 pañales diarios, etc, que en las gráficas de crecimiento⁵³.

Por otra parte, es interesante destacar que Oribe et al⁴⁵ mostraron en su estudio la persona que aconsejó introducir la LA. En el caso de la escasa ganancia de peso, un 70,8% de las madres que la introdujeron fue por el consejo de un profesional sanitario. Mientras que, con los problemas de lactancia y la hipogalactia, la decisión de abandonar la LME solo fue aconsejada por personal sanitario en un 15,8% y 34,9% respectivamente.

La vuelta al trabajo sigue representando uno de los mayores retos para el mantenimiento de la LME. En el estudio de Oribe et al⁴⁵, la incorporación laboral fue la causa de abandono más prevalente (31,1%), mientras que, en el de Ramiro González et al⁴⁹ (25,9%) y Díaz-Gómez et al⁴⁶ (39%) fue la segunda (Tabla 2)

Este último describe en su estudio que, el 50,5% de las madres opinaban que la incorporación laboral les había afectado mucho a la LME por motivos como: falta de tiempo (22,1%), incompatibilidad de horarios (21,7%) y cambios en la cantidad de tomas (11%) entre otras. De igual forma, también resalta que la incorporación laboral inmediata fue el principal motivo (33,8%) para no iniciar la LME⁴⁶.

La enfermera debe asegurarse de que las madres que abandonan la LME por decisión propia lo hagan con toda la información disponible y habiendo abordado todos los problemas que han podido surgir para que, en ningún caso, la madre tenga sentimientos de culpa o de fracaso²⁸.

4.3 IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

4.3.1 Cuidado prenatal

La autoeficacia materna se define como la habilidad percibida por la madre para amamantar a su hijo. Está basada en la experiencia previa de la madre, el aprendizaje por observación (ver a otras madres amamantar con éxito), persuasión verbal (recibir ánimos por parte de familiares, amigos, profesionales sanitarios) y respuestas fisiológicas como la ansiedad, la fatiga, etc.^{54,55}

Se trata de un factor susceptible de ser modificado que influye en gran medida en el éxito de la LME²¹. Las madres con una alta autoeficacia son más propensas a elegir la LME y afrontar los retos que esta supone.

Una de las formas de cuantificarla es mediante la utilización de la Escala de Autoeficacia para la Lactancia Materna, en inglés, *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form* (BSES-SF). Los estudios de McQueen et al⁵⁶ y Petrozzi et al⁵⁷ mostraron que la puntuación en esta escala era un predictor de las posibilidades de mantener la LME. Ambos estudios evidenciaron una relación directa entre una mayor puntuación en la escala y la probabilidad de mantener la lactancia materna, independientemente de la semana postparto. (Figura 10)

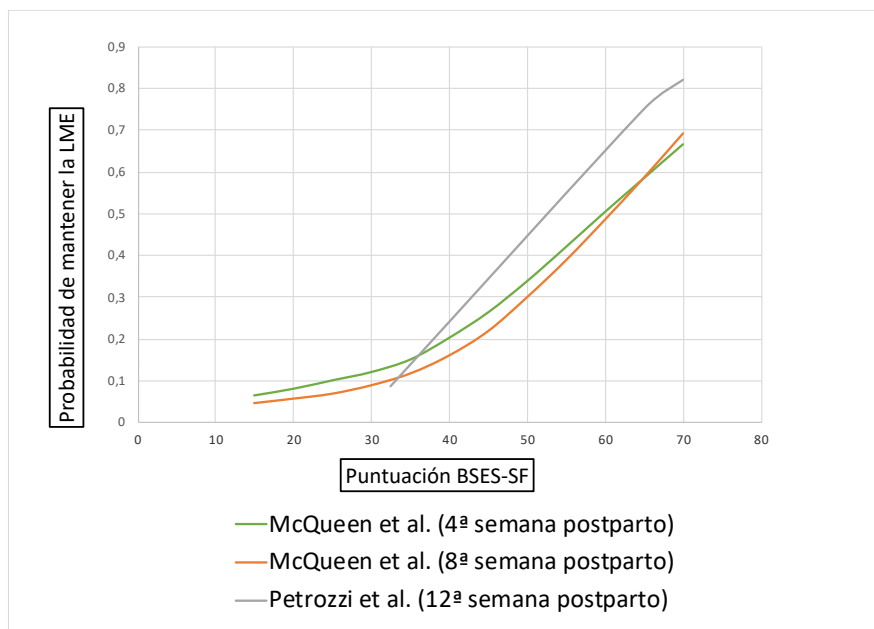


Figura 20. Comparación entre McQueen et al⁵⁶ y Petrozzi et al⁵⁷ de la probabilidad de mantener la LME en función de la puntuación en la escala de autoeficacia materna (BSES-SF).

La mayoría de las madres toman la decisión de amamantar en el embarazo o antes del parto, por lo que la educación y el consejo prenatal es clave para que cualquier decisión que tomen esté debidamente informada²¹.

Entender las razones a partir de las cuales la madre ha decidido la forma de alimentar a su hijo, permite a la enfermera aconsejarla y educarla de manera que esta se sienta integrada y participe en sus propios cuidados²².

Diversos autores^{21,22,58} coinciden en que el abordaje de la LM se debe realizar a partir de la escucha activa de las experiencias anteriores de la madre o de sus conocimientos e ideas previas sobre la LM. Además, Santacruz-Salas et al⁵⁹ destacan que la promoción de la LM no solo debe abordar los beneficios que esta proporciona, también se debe informar sobre los posibles problemas que pueden aparecer y la forma de resolverlos. Esto mejoraría la autoeficacia materna al sentirse más preparada y crearía unas expectativas sobre la LM realistas en la madre, lo que evitará sentimientos de frustración en la madre cuando estas dificultades aparezcan.

La opinión y preferencia sobre el tipo de alimentación que recibe el recién nacido de la pareja y la familia influye en gran medida en el inicio y mantenimiento de la LM^{32,58,60}. El estudio de Wang et al⁶⁰ muestra como las mujeres, cuya pareja prefería la LME, tuvieron un 20% menos de posibilidades de abandonarla. Estos resultados están en concordancia con los de Cox et al³² que presenta un 50% menos de posibilidades de abandonar la LME cuando el padre prefería esta forma de alimentación. Incluir a la pareja y a los familiares en las intervenciones de LM podría hacer sentirse a la madre más apoyada, aumentando las posibilidades de éxito en la LME.

4.3.2 Cuidado hospitalario

Apoyar las prácticas que fomentan el establecimiento de la LME en el hospital es la base de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), lanzada por UNICEF y la OMS en 1992. Los hospitales con acreditación IHAN deben cumplir los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (Anexo 1) y el Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna. En España 18 hospitales están acreditados como IHAN, en Valladolid, el Hospital Universitario Río Hortega se encuentra en fase 2D de acreditación⁶¹.

El paso 4 indica “Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario”⁶¹.

Para establecer eficientemente la LME es necesario iniciar tempranamente la LM (poner el niño al pecho en la primera hora de vida). Los niños que inician la LM entre las 2 y 23 horas después del parto tienen más posibilidades de morir que los que son amamantados en la primera hora de vida. Aquellos que la inician después de 24 horas son los que mas riesgo de muerte tienen⁶².

El contacto piel con piel facilita conductas instintivas que posibilitan que el recién nacido busque y se agarre al pecho, favorece el vínculo madre/hijo y ayuda al aumento de producción de oxitocina que mejora la contracción uterina y la eyección de calostro, entre otros beneficios^{41,43}. Sin embargo, el estudio de Feldman-Winter et al⁶³ expone que se han dado casos de colapso postnatal durante el contacto piel con piel. Por lo que, la enfermera, debe monitorizar a la madre y el recién nacido durante esta práctica en las primeras horas de vida.

Diversos estudios demuestran que las mujeres que no practican el contacto piel con piel son mas propensas a abandonar la LME en relación con las que lo practican, como muestran los estudios de Cox et al³² que muestra el riesgo de abandono en un periodo de 4 meses (OR=1,75; IC 95% [1,02-3,00]) y Ayton et al³³ en un periodo de 6 meses (OR=2,07; IC 95% [1,94-2,21]).

El número de cesáreas en España ha ido en aumento en los últimos años. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2015, el 26,66% de los partos en España fueron por cesárea⁶⁴. Un porcentaje considerablemente mayor al 10-15% recomendado por instituciones sanitarias internacionales y nacionales⁶⁵.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el parto por cesárea dificulta el inicio y la adherencia a la LME. La guía de práctica clínica sobre lactancia materna implementada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la implementada por la OMS y UNICEF coinciden en la importancia de realizar el contacto piel con piel en los recién nacidos después de una cesárea en cuanto las condiciones de la madre y el niño lo permitan, para favorecer así la LM,

siempre bajo la vigilancia de un profesional sanitario que pueda detectar cualquier complicación que pueda surgir^{41,42}. Estas recomendaciones coinciden con las de la AEP, que además añade que, en las situaciones en las que la madre no pueda realizar el contacto piel con piel, el padre puede realizarlo como alternativa, de manera que se favorezca la participación de este y no se deje solo al recién nacido⁴³.

El paso 7 recomienda practicar el alojamiento conjunto o “*rooming-in*” 24 horas al día⁶¹. El alojamiento conjunto permite a la madre reconocer las señales de hambre del recién nacido y solventarlas⁴². Colombo et al⁴⁰ exponen que las madres que practicaron el alojamiento conjunto tenían más probabilidad de continuar con la LM a los 3 meses en referencia con las que no lo practicaron (OR=1,3; IC 95% [1,0-1,7]). No obstante, al igual que ocurre con el contacto piel con piel, la enfermera debe vigilar a la madre y el recién nacido, sobre todo, en la noche y en las primeras horas de la mañana⁶³.

4.3.3 Cuidado postparto

El apoyo a la madre que desea amamantar y el seguimiento del lactante es imprescindible para lograr la adherencia a la LME, sobre todo en los primeros días y semanas⁴², ya que, como se ha mencionado anteriormente, es cuando suelen aparecer los primeros problemas de lactancia como la ingurgitación mamaria, mastitis, grietas en el pezón, etc, que conlleva al abandono de la LME en muchas madres cuando no reciben el apoyo y la información adecuada^{41,42}.

De la misma forma, a lo largo del proceso de lactancia, las madres perciben diferentes fases, tanto en la producción de leche, como en el crecimiento del bebé. Estos cambios se denominan “baches de lactancia”, y son causados por la creciente demanda de tomas, ligada a la percepción materna subjetiva de falta de leche⁵³, con lo que el seguimiento postparto por parte de la enfermera logrará tranquilizar a la madre y evitar el abandono de la LME⁴¹.

La enfermera a su vez puede recomendar a la madre asistir a grupos de apoyo a la lactancia, formados por madres con experiencia en la LM. Estos grupos se reúnen periódicamente y comparten sus experiencias con la LM, algo muy positivo, ya que esta encuentra apoyo en mujeres que han pasado o pasan por dificultades similares¹⁰.

5. CONCLUSIONES

La evidencia científica disponible considera a la leche materna el mejor alimento para el recién nacido. A pesar de ello, muchas madres abandonan la LME antes de los seis meses.

- El inicio y adherencia a la LME esta influenciado por diversos factores socioeconómicos, culturales e individuales. Podemos detectar a las madres con más riesgo de abandonar la LME: las madres menores a 25 años, con menos nivel de estudios, con hábitos no saludables como fumar, las madres primíparas, que hayan parido por cesárea, que no hayan realizado piel con piel o que ofrezcan chupete al recién nacido tienen mayor riesgo de abandono.
- Durante la LME, las madres se enfrentan a problemas que en ocasiones las conducen a abandonarla, las causas más comunes referidas por las madres son: hipogalactia, vuelta al trabajo, escasa ganancia de peso del recién nacido, problemas de lactancia (mal agarre, mastitis, dolor en el pecho). Es competencia enfermera analizar estas causas con el objetivo de poder prevenir los problemas.
- Conocer estos factores de riesgo y las causas más comunes de abandono proporciona a la enfermera información útil para poder proporcionar cuidados de calidad e individualizados para cada madre.
- La enfermera tiene un rol crucial en la promoción, el inicio y el mantenimiento de la LME. Esta puede realizar intervenciones en el embarazo con una correcta educación, en el momento del parto, cumpliendo los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural como el contacto piel con piel, iniciar tempranamente la lactancia materna y el alojamiento conjunto y, en el periodo postparto, realizando un seguimiento de la madre y el lactante, facilitando el apoyo que cada madre necesita para satisfacer sus expectativas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez García R. Aproximación Antropológica a la Lactancia Materna. *Antropología Experimental*. 2015; 15:407-29.
2. Aguilar Cordero MJ. *Lactancia materna*. Madrid: Elsevier; 2005.
3. Hernández Gamboa E. Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*. 2005; 15:1-6.
4. Cárdenas de Cos CM, García Galán RE, Espinosa Rosso MI. De la nodriza a la enfermera especialista en el apoyo a la crianza. *Rev Paraninfo Digital [Internet]*. 2016 [Citado 8 de abril 2020]; 25. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/pdf/397.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. 27ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1974. *Actas Oficiales de la Organización mundial de la Salud*: 217.
6. Díaz Gómez M, Espínola Docio B, Gómez Fernández-Vegué M, Pacheco Rodríguez A. ¿Qué es el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna? [monografía en Internet]. Madrid: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría; 2016 [citado 8 de abril 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201601-codigo-comercializacion-lm.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. 55ª Asamblea Mundial de la Salud A55/15. Ginebra: OMS, 2002.
8. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* [revista en Internet] 2012 [citado 8 abril 2020]; 129(3), e827–e841. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>
9. UNICEF [sede Web]. UNICEF.org; 2019 [citado 8 abril 2020]. Lactancia Materna. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
10. Martín Morales JM. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría [monografía en Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2012 [citado 9 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>
11. World Health Organization (WHO), UNICEF. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2019 [monografía en Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2019 [citado 8 abril 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?ua=1>
12. United Nations Children's Fund, Division of Data, Analysis, Planning and Monitoring [sede Web]. New York: UNICEF; 2019 [citado 8 abril 2019] Global UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Exclusive breastfeeding, Predominant breastfeeding. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [sede Web]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017 [Citado 14 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
14. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. ENSE Encuesta Nacional de Salud España. [sede Web] Madrid: Gobierno de España; 2018 [Citado 1 abril 2020] Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

15. Victora 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. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
16. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 2015; 104(467):1-2. DOI: 10.1111/apa.13136.
17. Krol KM, Grossmann T. Psychological Effects of Breastfeeding on Children and Mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015; 61(8):977-85. DOI: 10.1007/s00103-018-2769-0.
18. Brown Belfort M. The Science of Breastfeeding and Brain Development. *Breastfeed Med*. 2017; 12(8):459-61. DOI: 10.1089/bfm.2017.0122.
19. Schwarz EB, Nothnagle M. The Maternal Health Benefits of Breastfeeding. *Am Fam Physician*. 2015; 91(9):603-04.
20. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Teneja S, Bhandari N, Rollins N et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015; 104(467):96-113. DOI: 10.1111/apa.13102.
21. Sriraman NK, Kellams A. Breastfeeding: What are the barriers? Why women struggle to achieve their goals. *J Womens Health*. 2016; 25(7):714-22. DOI: 10.1089/jwh.2014.5059.
22. Benoit B, Goldberg L, Campbell-Yeo M. Infant Feeding and Maternal Guilt: The Application of a Feminist Phenomenological Framework to Guide Clinician Practices in Breast Feeding Promotion. *Midwifery*. 2016; 34:58-65. DOI: 10.1016/j.midw.2015.10.011.
23. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elozegi I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, José Uranga Iturrioz M et al. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*. 2014;15(2):70-78.
24. Herrera Gómez A. El contacto piel con piel de la madre con el recién nacido durante el parto. *Index Enferm*. 2013;22(1-2):79-82. DOI: 10.4321/S1132-12962013000100017.
25. Westerfield KL, Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers. *Am Fam Physician*. 2018; 98(6):368–73.
26. Balaguer Martínez Jv, Valcarce Pérez I, Esquivel Ojeda J, Hernández Gil A, Martín Jiménez MP, Bernad Albareda M. Apoyo telefónico de la lactancia materna desde Atención Primaria: ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico. *An Pediatr*. 2018; 89(6):344-51.
27. Molinero Díaz P, Burgos Rodríguez MJ, Majía, Ramírez de Arellano M. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enferm Clin*. 2015;25(5):232-38. DOI: 10.1016/j.enfcli.2015.05.002.
28. Villar M, Santa-Marina L, Murcia M, Amiano P, Gimeno S, Ballester F, Julvez J et al. Social Factors Associated with Non-initiation and Cessation of Predominant Breastfeeding in a Mother-Child Cohort in Spain. *Matern Child Health J*. 2018; 22(5):725-34. DOI: 10.1007/s10995-018-2441-1
29. Pitonyak JS, Jessop AB, Pontiggia L, Crivelli-Kovach A. Life Course Factors Associated with Initiation and Continuation of Exclusive Breastfeeding. *Matern Child Health J*. 2016; 20(2):240-49. DOI: 10.1007/s10995-015-1823-x
30. Fernández-Cañadas Morillo A, Durán Duque M, Hernández López AB, Muriel Miguel C, Martínez Rodríguez B, Oscoz Prim A et al. A Comparison of Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding at 3 and 6 Months. *Breastfeed Med*. 2017; 12(7):430-35. DOI: 10.1089/bfm.2017.0045

31. Quinlivan J, Kua S, Gibson R, McPhee A, Makrides MM. Can we identify women who initiate and then prematurely cease breastfeeding? An Australian multicentre cohort study. *Int Breastfeed J*. 2015; 10:16. DOI: 10.1186/s13006-015-0040-y.
32. Cox K, Binns CW, Giglia R. Predictors of breastfeeding duration for rural women in a high-income country: evidence from a cohort study. *Acta Paediatr*. 2015; 104(8):350-59. DOI: 10.1111/apa.12999.
33. Ayton J, Van der Mei I, Wills K, Hansen E, Nelson M. Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: Australian cross-sectional survey. *Arch Dis Child*. 2015; 100(9):863-68. DOI: 10.1136/archdischild-2014-307833.
34. Napierala M, Mazela J, Merritt TA, Florek E. Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environ Res*. 2016; 151:321-338. DOI: 10.1016/j.envres.2016.08.002
35. Moraes de Oliveira, M., Camelo, J.S. Gestational, perinatal, and postnatal factors that interfere with practice of exclusive breastfeeding by six months after birth. *Int Breastfeed J*. 2017; 12(42) DOI: 10.1186/s13006-017-0132-y.
36. Schafer EJ, Campo S, Colaizy TT, Mulder PJ, Ashida S. Influence of Experiences and Perceptions Related to Breastfeeding One's First Child on Breastfeeding Initiation of Second Child. *Matern Child Health J*. 2017; 21(6):1288-1296. DOI: 10.1007/s10995-016-2228-1.
37. Costa Romero M, Díaz Gómez M, Lalaguna Mallada P. Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha [monografía en Internet]. Comité de Lactancia Materna de la AEP; 2017 [citado 12 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/contacto-piel-con-piel-en-las-cesareas>
38. Chen C, Yan Y, Gao X, Xiang S, He Q, Zeng G et al. Influences of Cesarean Delivery on Breastfeeding Practices and Duration: A Prospective Cohort Study. *J Hum Lact*. 2018; 34(3):526-34. DOI: 10.1177/0890334417741434.
39. 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; 16:90. DOI: 10.1186/s12884-016-0876-1.
40. Colombo et al Colombo L, Crippa BL, Consonni D, BetTinelli ME, Agosti V et al. Breastfeeding Determinants in Healthy Term Newborns. *Nutrients*. 2018; 10(1):48. DOI: 10.3390/nu10010048.
41. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Vitoria-Gasteiz: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA; 2017.
42. World Health Organization, UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 [monografía en Internet]. World Health Organization; 2018 [citado 12 abril 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?ua=1>
43. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre lactancia materna [monografía en Internet]. Suiza: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo Organización Mundial de la Salud; 2017 [citado 12 abril 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255731/WHO_NMH_NHD_14.7_spa.pdf?ua=1

44. Organización Mundial de la Salud. Increasing Commitment to Breastfeeding Through Funding and Improved Policies and Programmes [monografía en Internet]. Suiza: Global Breastfeeding Collective; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326049/WHO-NMH-NHD-19.22-eng.pdf?ua=1>
45. 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(1):4-9. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.08.002.
46. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba Co. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev. Esp. Salud Publica.* 2016; 90:e1-e18.
47. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Affect of Early Skin-to-Skin Mother-Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding: Experience un a Health Department in Spain. *J Hum Lact.* 2018; 34(2):304-12. DOI: 10.1177/0890334416676469.
48. Sun K, Chen M, Yin Y, Wu L, Gao L. Why Chinese mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first six months. *JCHC.* 2017; 21(3):353-63. DOI: 10.1177/1367493517719160.
49. 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.
50. Rozga MR, Kerver JM, Olson BH. Self-reported reasons for breastfeeding cessation among low-income women enrolled in a peer counseling breastfeeding support program. *J Hum Lact.* 2015; 31(1):129-190. DOI: 10.1177/0890334414548070.
51. Newby RM, Davies PS. Why do women stop breast-feeding? Results from a contemporary prospective study in a cohort of Australian women. *Eur J Clin Nutr.* 2016; 70(12):1428-1432. DOI: 10.1038/ejcn.2016.157
52. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses postparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria.* 2019; 51(2):91-98. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.09.002.
53. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna [monografía en Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2015 [citado 15 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/preguntas-frecuentes-sobre-lactancia-materna>
54. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery.* 2016; 36:92-98. DOI: 10.1016/j.midw.2016.03.003.
55. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact.* 2017; 33(3):486-499. DOI: 10.1177/0890334417707957.
56. McQueen K, Sieswerda LE, Montelpare W, Dennis CL. Prevalence and factors affecting breastfeeding among Aboriginal women in Northwestern Ontario. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2015; 44(1):51-68. DOI: 10.1111/1552-6909.12526.

57. Petrozzi A, Gagliardi L. Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Validation of the Italian Version and Correlation With Breast-feeding at 3 Months. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016; 62(1):137-139. DOI: 10.1097/MPG.0000000000000902.
58. ACOG Committee Opinion No. 756: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(4):187-96. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002890.
59. Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Segura-Fragoso A, Cobo-Cuenca AI, Laredo-Aguilera JA, Carmona-Torres JM. Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 17(1):77. DOI: 10.3390/ijerph17010077.
60. Wang S, Guendelman S, Harley K, Eskenazi B. When Fathers are Perceived to Share in the Maternal Decision to Breastfeed: Outcomes from the Infant Feeding Practices Study II. *Matern Child Health J.* 2018; 22(11):1676-1684. DOI: 10.1007/s10995-018-2566-2.
61. IHAN Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. [sede Web] Madrid: 2017 [citado 15 abril 2020] ¿Cómo ser Hospital IHAN?. Disponible en: <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/como-ser-hospital-ihan/>
62. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health.* 2016; 4(4):266-75. DOI: 10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
63. Feldman-Winter L, GoldSmith JP. Safe Sleep and Skin-to-Skin Care in the Neonatal Period for Healthy Term Newborns. *Pediatrics.* 2016; 138(3):e20161889. DOI: 10.1542/peds.2016-1889.
64. INE Instituto Nacional de Estadística. [sede Web] Madrid: 2015 [citado 15 abril 2020] Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2015/&file=01011.px#!tabs-tabla>
65. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [monografía en Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 15 abril 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
66. IHAN Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. [sede Web] Madrid: 2017 [citado 15 abril 2020] Pasos para ser IHAN-Hospitales. Disponible en: <https://www.ihan.es/gestion-de-reservas/planea/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/>

7. ANEXOS

ANEXO I: 10 PASOS PARA UNA FELIZ LACTANCIA MATERNA. EN HOSPITALES ⁶⁶

1. Disponer de una normativa escrita de lactancia que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal para que pueda poner en práctica la normativa.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios y manejo de la lactancia.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto. Este Paso se interpreta ahora como: Colocar a los bebés en contacto piel con piel con sus madres inmediatamente después del parto, por lo menos durante una hora, y alentar a las madres a reconocer cuando sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo su ayuda en caso necesario.
5. Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si tienen que separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos otro alimento o bebida que no sea leche materna, a no ser que esté médicamente indicado.
7. Practicar el alojamiento conjunto – permitir que las madres y los recién nacidos permanezcan juntos las 24 horas del día.
8. Alentar a las madres a amamantar a demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho biberones, tetinas o chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital (y ofrecer a la madre los recursos de apoyo a la lactancia que existan en su área)