



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **CAUSAS DE ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESPAÑA (2005 – 2015). REVISIÓN BILIOGRÁFICA**

Estudiante: Leonor Ruiz Navas

Tutelado por: María del Carmen Rojo Pascual

Soria, 12 de Julio de 2019

## RESUMEN:

**Introducción:** la lactancia materna es la mejor elección a nivel nutricional, higiénica y económica. Proporciona innumerables beneficios tanto a la madre como al niño. Sin embargo, las tasas de inicio y duración siguen por debajo de las actuales recomendaciones internacionales. La decisión de abandonar precozmente la Lactancia Materna es un fenómeno multifactorial que atraviesa todos los niveles socioeconómicos, culturales e individuales. Los profesionales sanitarios se encuentran en una situación privilegiada para influir de forma positiva en su actuación y así poder detectar y solventar las nuevas dificultades a las que la mamá se enfrenta.

**Objetivos:** El objetivo general de nuestro trabajo es poder analizar las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna en nuestro país, en base a las actuales recomendaciones de la OMS y para ello pretendemos conocer la prevalencia y duración de lactancia materna en nuestro país, estableciendo las fechas de destete.

**Material y métodos:** se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos y motores de búsquedas. Los artículos, documentos, guías, páginas webs y encuestas están comprendidos entre 2008 y 2019. Se ha incluido un artículo de 2005 por la gran extensión de datos que aporta.

**Resultados y discusión:** son innumerables los factores que intervienen en la decisión de elegir y mantener lactancia natural. La incorporación al mundo laboral tras la baja maternal y la hipogalactia son las dos principales causas de abandono en nuestro país. El tabaco constituye un importantísimo factor de riesgo tanto para su inicio como para su mantenimiento. Otras causas son, problemas asociados a la salud de la madre, del niño y el apoyo desde el sistema sanitario.

**Conclusiones:** las tasas de abandono de la lactancia materna ocurren al primer mes, tercero, cuarto y sobre todo al sexto, relacionadas con los estados de crecimiento del niño y la falta de información de la madre respecto a la hipogalactia, a la incorporación del trabajo y otras. Promocionar y apoyar la lactancia materna reduce las tasas de abandono ya que permite a los profesionales actuar sobre ellas.

**Palabras clave:** “lactancia materna”, “causas de abandono”, “atención pre y postnatal al recién nacido” y “promoción”.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS .....	4
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	6
CONCLUSIONES .....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	16
ANEXOS.....	20
ANEXO I: DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA	
ANEXO II: DEFINICIONES DE LOS TIPOS LACTANCIA MATERNA PROPUESTAS POR LA OMS	
ANEXO III: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	
ANEXO IV: DIAGRAMA DE FLUJO	
ANEXO V: TABLA RESUMEN DEL CONJUNTO DE ARTÍCULOS UTILIZADOS PARA EL DESARROLLO DE LOS RESULTADOS	
ANEXO VI: GRÁFICOS DE CRECIMIENTO DE LA OMS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS	

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Datos comparados Encuesta Nacional de Salud y Comité de Lactancia (1997-2013).....	7
Gráfico 1. Prevalencia de Lactancia Materna tras el alta hospitalaria y durante el primer, tercer, cuarto y sexto mes.....	8
Gráfico 2. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva tras el alta hospitalaria y durante el primer, tercer, cuarto y sexto mes. ....	9
Gráfico 3. Media de inicio de destete, expresada en meses, en España.....	10
Gráfico 4. Causas de abandono más frecuentes agrupadas por artículos.....	12

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AEP	Asociación Española de Pediatría
AP	Atención Primaria
CLM	Comité de Lactancia Materna
CLM-AEP	Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría
CPP	Contacto Piel con Piel
CC. AA.	Comunidades Autónomas
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ICSAN	Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
INE	Instituto Nacional de Estadística
LM	Lactancia Materna
LMM	Lactancia Materna Mixta
LMC	Lactancia Materna Completa
LME	Lactancia Materna Exclusiva
LMP	Lactancia Materna Predominante
LMT	Lactancia Materna Total
LP	Lactancia Parcial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RN	Recién Nacido
SNS	Sistema Nacional de Salud
TLM	Tasas de Lactancia Materna
UAP	Unidad de Atención Primaria
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para los Niños

## INTRODUCCIÓN

La alimentación es una necesidad básica primaria, íntimamente relacionada con el bienestar físico y emocional de las personas<sup>1</sup>.

En un recién nacido, inmaduro y vulnerable con un ritmo de crecimiento acelerado, satisfacerla supone un esfuerzo doble, pues sus necesidades nutritivas en esta etapa son muy altas. Los bebés tienen que doblar el peso del nacimiento a los cuatro meses, y triplicarlo al año, por lo que es especialmente importante asegurarle una alimentación suficiente y apropiada<sup>1</sup>.

“La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes”<sup>2</sup>. Son innumerables las evidencias científicas que avalan la superioridad nutricional de la leche materna para la alimentación del recién nacido y lactante, especificidad de nutrientes, máxima biodisponibilidad, aporte de células vivas: linfocitos y macrófagos, enzimas digestivas, inmunomoduladores, factores de crecimiento y receptores análogos, etcétera<sup>3-5</sup>.

Desde comienzos del siglo XX, la prevalencia de la lactancia materna (LM) había ido disminuyendo, alcanzando sus niveles más bajos entre los años 70 y 80, con tasas de inicio menores al 30%<sup>6</sup>. Las principales razones con las que justificaron dicha situación fueron la publicidad de las primeras leches artificiales y el traslado de los partos desde los domicilios a los hospitales. Conscientes de la necesidad de cambio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) elaboraron en 1989 una declaración conjunta para la “Protección Promoción y Apoyo a la lactancia materna,” resumida en Diez Pasos, los “Diez pasos para tener éxito en la lactancia”<sup>5,6,7</sup>. (ANEXO I)

La publicación tuvo una gran resonancia, y de ella saldría la declaración de compromiso, “La Declaración de Innocenti”, con la que los países firmantes no solo se comprometían a la promoción de la lactancia sino que impulsarían el cumplimiento del Código de Comercialización de leches artificiales en sus respectivos países<sup>6</sup>.

En 1992, en nuestro país se formó la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (IHAN), cuya estrategia se fundamenta en animar a los profesionales sanitarios para que adapten sus rutinas a los “Diez pasos para tener éxito en la lactancia” y proteger a las madres de la publicidad comercial a través del cumplimiento del código de comercialización de sucedáneos. En septiembre de 2009 este organismo pasa a denominarse “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”<sup>6,7</sup>.

La actualización de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, en lo referente a educación Maternal, fomento de la Lactancia Materna y coordinación de Atención Especializada (AE) con Atención Primaria (AP), permitió que un grupo de expertos con representación de todos los estamentos trabajen en la Iniciativa Centros de Salud Amigos de los Niños (ICSAN). Los pasos propuestos a seguir son actualmente 10 para una lactancia exitosa<sup>6,7</sup>.

Conscientes de los grandes beneficios que supone la lactancia materna para la salud de las madres e hijos y para la sociedad, actualmente a nivel mundial, únicamente el 35% de los bebés son amamantados durante sus primeros cuatro meses de vida, y el 25% hasta los seis<sup>4,8</sup>.

La situación de la LM en España es difícil de describir con certeza, dada la ausencia de datos recogidos de forma periódica. Los datos más recientes son los de la Encuesta Nacional de Salud

(ENS) de 2006 y 2012, publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), donde se observa que la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) en el 2006 era del 68,4% a las seis semanas y del 24,72% a los seis meses que contrastados con los porcentajes de LME a los seis meses en 2012, existe un ligero aumento, pues se alcanzaron tasas del 28,5%<sup>9-11</sup>.

Según el VIII Congreso Español de Lactancia Materna en 2015, la prevalencia de LME en la primera semana no ha variado significativamente entre los años 2004, con un 75,9% y 2013 con un 76.8%. Sin embargo, a los seis meses pasan de un 22.3% en 2004 a un 38.9% en 2013, alcanzando en 5 unidades de atención primaria (UAPs) una prevalencia del 59,3% al sexto mes<sup>12</sup>.

La OMS y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de UNICEF, han promovido fuertemente la LME hasta los seis meses de vida, y como alimentación complementaria, hasta los dos años de vida del niño. Además, recomiendan a las madres que inicien LM en la hora siguiente al parto, dar el pecho siempre que se reclame y hasta que se retire y no utilizar biberones, chupetes o tetinas. Aclaramos que existe LME cuando el lactante se alimenta de lactancia materna, incluyendo leche de mirriflin extraída o de nodriza, permite únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales). La Lactancia Materna Predominante (LMP) es, si además de LME se permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales) y la Lactancia Materna Completa (LMC) cuando se incluye LME y LMP<sup>2,4,5</sup>. Existen además, muchos otros conceptos que definimos en el ANEXO II<sup>2</sup>.

El cumplimiento de las recomendaciones internacionales, tiene un importante efecto positivo en el binomio madre e hijo<sup>3</sup>. La OMS afirma “con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta”<sup>2</sup>.

Existe plena relación entre los efectos protectores de la LM en el recién nacido con la muerte súbita del lactante, patologías alérgicas, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer, favorece la liberación de la hormona del crecimiento y previene la obesidad. Además, últimos estudios afirman que, a mayor tiempo lactado, mejor desarrollo de habilidades motoras y leguaje temprano. Sin embargo, dichos beneficios no solo se limitan al lactante sino que también tienen consecuencias positivas sobre la madre. Favorece la contracción uterina, disminuye el sangrado tras el parto, mejora la anemia y aumento de las reservas de hierro, inhibe la ovulación y disminuye el riesgo de padecer cáncer de útero y mama postmenopáusico. Desde el punto de vista psicológico, favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre/hijo. El contacto piel con piel (CPP), propiciado por el amamantamiento, ofrece al niño/a sentimientos de seguridad y calor, consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo<sup>2-5,12</sup>.

La decisión de inicio y mantenimiento de lactancia natural se ve influenciada por numerosos factores que van desde características individuales de la madre y del niño a los diferentes sistemas de salud y condicionantes sociales. La edad de la madre, su nivel de estudios, la intención de lactancia, el haber tenido experiencias previas positivas y el haber acudido a clases de educación maternal, son factores que influyen de manera muy positiva para la instauración y mantenimiento de la lactancia materna<sup>13,14,15</sup>. El contacto piel con piel (CPP) o método canguro, también lo es. La IHAN señala que el CPP tras el parto tiene grandes beneficios sobre la lactancia materna<sup>3,16</sup>.

Entre los factores desfavorables se encuentran el tabaquismo, las prácticas hospitalarias erróneas, (rigidez de horarios, no poner al neonato en CPP antes de las 2 primeras horas tras parto, administración de sucedáneos de la leche natural...), las cesáreas, la prematuridad y el bajo peso al nacer, entre las más destacadas<sup>15,16</sup>.

La inmigración es otro de los factores que debemos tener en cuenta, pues la cultura juega un papel importantísimo en el amamantamiento. Las madres se ven fuertemente influenciadas por las prácticas y mitos propios de la cultura en la que se desenvuelven<sup>2,9</sup>.

La lactancia materna es un acto natural pero al mismo tiempo un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna<sup>14,17</sup>.

El ministerios de Sanidad y los gobiernos autonómicos tienen la responsabilidad de adecuar su política de lactancia a las directrices de la OMS<sup>14</sup>, pues el respaldo de las administraciones públicas a través de políticas de promoción y apoyo, aumentan la duración a corto y largo plazo<sup>15</sup>.

Dentro del SNS, existe una coordinación de los diferentes niveles asistenciales al parto, puerperio y atención al recién nacido<sup>12,15,16</sup>. La responsabilidad docente en lactancia materna recae sobre todo en enfermería y en mayor medida sobre la matrona, pues va a ser el profesional que esté en contacto con la pareja durante el embarazo y tras el parto. Es su deber animar a la madre a que ofrezca el pecho a demanda y desterrar viejos mitos frecuentes, así como apoyarla y resolverle todas las dudas necesarias<sup>17-20</sup>.

Estudios afirman la relevancia del papel de la matrona frente al resto de los profesionales de salud, aumentando hasta un 10% las tasas de inicio de LM<sup>21</sup>. Díaz et al<sup>18</sup>., afirma que la decisión de amamantar se ve influenciada por la matrona en un 20,2%.

Por otro lado, el apoyo a la lactancia no solo se limita a iniciativas políticas. En España existen innumerables grupos de apoyo entre madres, existiendo prácticamente casi en cada ciudad y que respaldadas por la evidencia científica, muestran un efecto positivo en la duración de la misma. Se tratan de asociaciones de madres lactantes con experiencia y formación en el tema, que se prestan voluntarias a escuchar, apoyar y ayudar a otras madres en el amamantamiento<sup>13,14,21</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

La principal razón por la que elegí elaborar este trabajo sobre las causas de abandono de la lactancia materna en España, para la elaboración del Trabajo Fin de Grado fue por mi experiencia familiar cercana con una lactancia natural exitosa, que me hizo indagar más sobre el tema y me llevó a conocer las tasas tan bajas de la LM y los escasos datos existentes.

La lactancia materna se considera la alimentación ideal del lactante. Sin embargo, y a pesar de ser conscientes de su importancia, sus cifras están muy por debajo de las recomendaciones de la OMS.

Conocer las razones por las que las madres deciden abandonarla precozmente, nos permitirá actuar sobre ellas e incrementar los porcentajes de prevalencia y así, acercarnos a las recomendaciones de organismos internacionales.

La información, el soporte y el apoyo adecuados influyen enormemente en la toma de decisiones de la mujer sobre la forma de nutrir a su hijo, y debe ser responsabilidad de los profesionales de la salud, destacando dentro de ellos el papel de enfermería, asegurar que todas las familias dispongan de información actual y sin influencias.

El objetivo general de nuestro trabajo es, poder analizar las principales causas de abandono precoz de la lactancia materna, en nuestro país, en base a las actuales recomendaciones de la OMS y para ello, pretendemos conocer la prevalencia y duración de lactancia materna estableciendo las fechas de destete.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para desarrollar los objetivos anteriormente citados, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica con el propósito de analizar, comparar y sintetizar los aspectos más relevantes de la bibliografía actual.

La revisión se llevó a cabo desde finales del mes de octubre de 2018 hasta mediados del mes de mayo de 2019.

Toda la información obtenida se ha recopilado de bases de datos especializadas en ciencias de la salud, Dialnet, Medline, Cuiden, Science Direct, y Cinalh, una biblioteca virtual, Scielo, del motor de búsqueda Google académico, y portales de salud de Castilla y León y del Ministerio de Sanidad Español. Se revisaron también las revistas de pediatría de Atención Primaria y Matronas Profesión y se consultó en la Sociedad científica Española de Pediatría (AEP).

Se utilizaron los Descriptores (DeCS)/términos MeSH: "Lactancia Materna", "Abandono", "Atención Pre y Postnatal" y "promoción de la Salud". Los operadores booleanos "OR" y "AND" se emplearon para combinar los componentes de la búsqueda.

Los criterios de inclusión utilizados han sido que fueran, artículos escritos en español, inglés y portugués. entre los años 2008-2019 incluidas páginas web de reconocido prestigio.

Los 40 artículos seleccionados se escogieron siguiendo la estrategia de búsqueda que se muestra en la tabla (ANEXO III). Se introdujeron los descriptores anteriormente citados, especificando los criterios de inclusión también expuestos unas líneas más arriba. La selección se realizó después de una lectura del título, los que se ajustaron al tema, el resumen, y si era útil, se obtenía el texto completo. Este procedimiento puede verse en el "Diagrama de flujo" (ANEXO IV). Se organizaron por categorías, para lo que se empleó el programa Mendeley, que nos permitió visualizar aspectos como autor y año de publicación, título, objetivos, resumen y lugar de publicación. Además, se elaboró una tabla donde se especificaban, autor, año de publicación, lugar de estudio, muestra y resultados finales (ANEXO V).

Se seleccionaron: un Manual de Lactancia Materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación española de Pediatría (CLM-AEP), un Libro Blanco de LM elaborado en el VIII Congreso de LM en 2015, una guía clínica de salud, 2 Tesis doctorales, y 35 artículos académicos, en los cuales aparecieron recomendaciones de diversas sociedades profesionales.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El conjunto de estudios que hemos utilizado para el desarrollo de nuestros resultados se agrupan entre los años 2005 y 2015. Destacamos 2009 por ser el año en el que encontramos un mayor número de artículos, cinco. La gran mayoría de ellos, son estudios de investigación, que utilizaron entrevistas semiestructuradas, encuestas telefónicas o cuestionarios online para la recogida de información. Principalmente se incluyeron variables sociodemográficas, (edad de la madre y del hijo/a, número de hijos, estado civil, situación económica y nivel de estudios), y datos sobre el bebé y la madre, (peso, edad gestacional y estado de salud, experiencia previa tipo de parto y gemelaridad, fundamentalmente). La educación maternal también fue clave, proporcionando información acerca de los beneficios de la lactancia, y los motivos para su elección.

La gran mayoría de artículos distinguieron LMC, LME y LMT, y solo dos consideraron Lactancia Parcial (LP), Castilla y León, 2007, al alta hospitalaria y Lactancia Materna Mixta (LMM), Aragón, 2010-2012, para desarrollar sus resultados.

Todos ellos asociaron en algún momento el abandono al alta, primer mes, tercer, cuarto y sexto, e incluso algunos definieron periodos críticos para la lactancia.

La gran variabilidad de las zonas de estudios, CC.AA, provincias o ciudades, ha hecho que intentemos generalizar los datos por extensión geográfica o número de sujetos. Estos oscilan desde 15 encuestados el más pequeño, Ourense, 2015, hasta 2627 niños el más amplio, Madrid, 2009, sin incluir la muestra de datos que se obtienen de las encuestas nacionales de salud.

Del análisis de nuestros resultados, respecto a la evolución de las tasas de prevalencia de LM, uno de los primeros estudios que se realizó en España con una amplia fuente de datos (18 provincias en estudio), fue impulsado por el CLM-AEP en 1997. Mostró tasas de LM del 77,6% el primer mes de vida, del 54,3% a los tres meses y del 25% a los seis meses<sup>9,11</sup>. En 2006, la ENS alentó una situación de mejora con cifras de prevalencia de LM a los tres meses del 63,3% y del 38,7% a los seis meses<sup>11</sup>. Datos del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud de 2012, en su edición revisada en junio de 2015, reveló que el porcentaje de niños alimentados total o parcialmente con leche materna a las seis semanas del nacimiento fue del 72,4%, manteniéndola a los tres meses el 66,5% y el 47,0% a los seis meses<sup>10</sup>. En general, estos datos reflejan cómo la progresión del tiempo ha ayudado a aumentar los datos de prevalencia de LM sobre todo a los seis meses, alcanzando una diferencia de más de 16 puntos entre los primeros datos recogidos en el 97 hasta el 2013. (Tabla 1)

En lo referente a estudios regionales, Rius JM et al.<sup>22</sup>, Valencia 2005, mostraron tasas de prevalencia de LM al alta del 81%, al tercer mes del 39% y del 21% al sexto. Ortega García et al.<sup>23</sup>, en 2006 en Murcia, diferenciaron dos categorías de LM y obtuvieron tasas de LMC del 91,2% en el momento del alta, del 49,5% durante el primer mes, del 34% a los tres meses, y del 17 y 8% a los cuatro y seis meses respectivamente y de Lactancia Materna Total (LMT), del 93% al alta, del 83% al mes, del 63% a los tres meses, del 50% al cuarto y del 35% a los seis.

Entre 2007 y 2009 en Castellón, iniciaron LM tras el parto el 81,2% de las mujeres encuestadas, durante el primer mes la mantuvieron el 65,1%, a los tres meses el 55,2%, al cuarto el 51,9% y a los seis el 40%<sup>15</sup>. En Guipúzcoa, el estudio llevado a cabo por Oribe et al.<sup>16</sup>. mostraron que el

84,8% siguieron con LME tras el alta hospitalaria, a los cuatro meses el 53,7% y a los seis el 15,4%.

Tabla 1. Datos comparados Encuesta Nacional de Salud y Comité de Lactancia (1997-2013)<sup>17</sup>.

Tabla 1. Datos comparados Encuesta Nacional de Salud y Comité de Lactancia (1997-2013) <sup>17</sup>					
	Comité Lactancia Materna AEP	Encuesta Nacional de Salud 2007		Encuesta Nacional de Salud 2011-2012	
		LM	LME	LM	LME
Primer mes y medio	77,6	70,7	68,4	72,4	66,2
Tres meses	54,3	63,3	52,5	66,6	53,6
Seis meses	25	38,7	24,7	46,9	28,5

Leyenda: AEP-Asociación Española de Pediatría; LM-Lactancia Materna; LME-Lactancia materna exclusiva  
Fuente de elaboración propia

El estudio recogido por Sacristán et al.<sup>24</sup>, en 2007 en Castilla y León, señalaron que el 82,7% de las madres encuestadas optaron por LME tras el alta hospitalaria. Su abandono fue progresivo mes a mes, llegando al sexto solo el 27,1% de los niños que la habían iniciado. Este estudio recogió datos de Lactancia Parcial (LP) tras el alta hospitalaria, siendo únicamente el 10,7% de las madres encuestadas quienes la iniciaron. En Galicia entre 2007 y 2008, el estudio de González et al.<sup>25</sup>, con el objetivo de determinar la prevalencia de LM, agruparon dos muestras, una inicial y otra un año siguiente. Los resultados obtenidos, mostraron una evidente mejoría alcanzando unos índices del 79,2%, 54,5% y 22% en las madres entrevistadas en 2008 frente al 56,9%, 24% y 17,6% en 2007 durante el primer, tercer y sexto mes respectivamente para ambos estudios.

En el estudio recogido en la comunidad de Madrid por Ramiro et al.<sup>26</sup>, entre 2008 y 2009, también distinguieron prevalencias entre LM y LME, encontrando tasas del 88 y del 77,6% al alta, del 82,8 y del 70,05% durante el primer mes, y del 73,4 y del 59,8% al tercero respectivamente. El 49,4% de las encuestadas mantuvieron LM hasta el sexto y el 25,4% LME. En 2009, en León, Morán et al.<sup>27</sup>, señalaron tasas de LM del 80,5% tras el alta hospitalaria, frente al 63,5% de LME. De esta última, también se recogieron cifras a los tres y seis meses encontrando una prevalencia del 22,6% y 20,1% respectivamente. García-López et al.<sup>28</sup>, en su estudio también en 2009, en Murcia, recogieron datos de LME al alta del 75,4% y del 21,3% al sexto.

Cuadrón et al.<sup>29</sup>, entre 2009-2010 con una cohorte de 1602 niños en Aragón, refirieron tasas de cualquier lactancia materna del 82,5% al alta, del 71,8% a los tres meses, y del 54,3% a los seis meses. López et al.<sup>30</sup>, en su estudio también en Aragón entre 2010 y 2012, expusieron tasas de LME al alta del 66,55%, del 47,5% durante el primer mes, a los cuatro meses del 30% y a los seis del 15,8%. Este estudio también recogió datos sobre LMM al cuarto mes, 25,1% y sexto 24,9%.

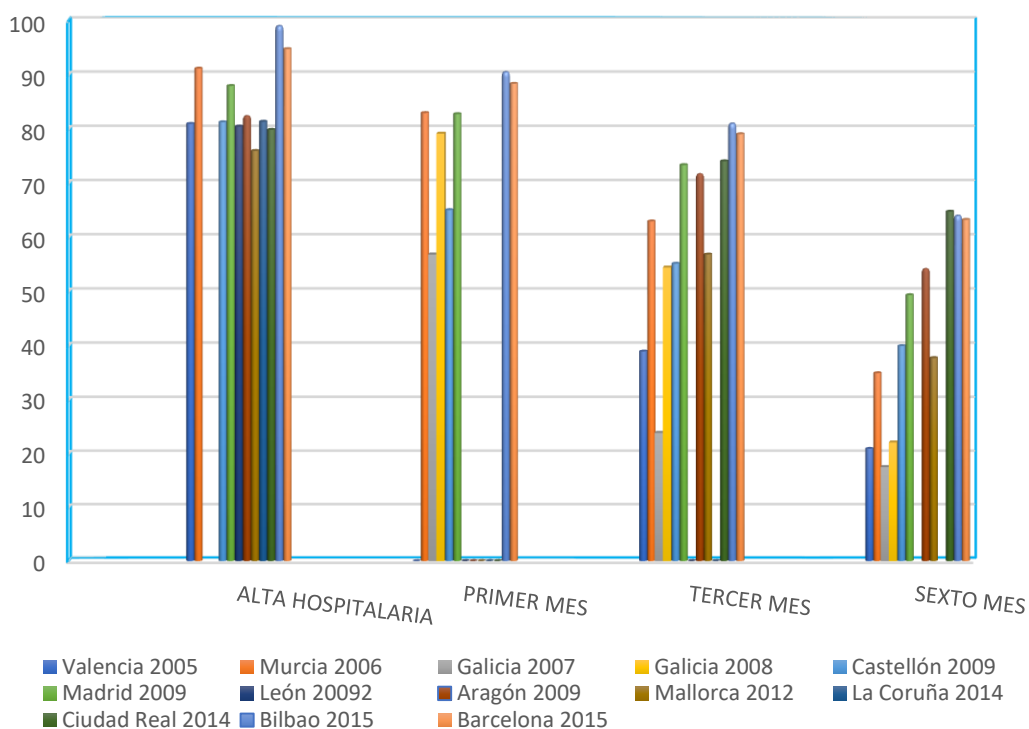
Moll et al.<sup>31</sup>, en su estudio llevado a cabo en Mallorca en 2012, mostraron tasas del 76% tras el alta hospitalaria, del 56,9% a los tres meses y del 37,8% a los seis. Tizón<sup>19</sup>, expuso en una amplia revisión llevada a cabo en toda el área sanitaria de Ferrol (La Coruña) entre 2013 y 2015, tasas de lactancia del 81,4% al alta, con una caída del 26,7% al cuatro meses.

Otro estudio que se llevó a cabo por el Servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario de Ciudad Real desde noviembre de 2013 a agosto de 2014, mostró tasas de prevalencia de LM al alta del 79,9%, del 74,1% a los tres y del 64,8 % a los seis meses. Aclaremos que este grupo de mujeres estuvo bajo observación activa durante todo el proceso de amamantamiento<sup>32</sup>.

En 2015, el estudio de Gutiérrez<sup>33</sup> en su tesis llevada a cabo en el País Vasco (Bilbao), mostró tasas de prevalencia de LM al alta del 99%, del 90,5% el primer mes, del 81% el tercero, del 74% el cuarto y del 64% el sexto. En Barcelona, también en 2015, Cabedo et al.<sup>34</sup>, señalaron tasas de LM del 94,8%, 88,4%, 79,1% y 63,3% al alta, primer, tercer y sexto mes y de LME del 75,3%, 64,6%, 63,8%, y 16,8% en los mismos periodos, anteriormente citados.

Con el fin de facilitar la comprensión de estos resultados, hemos recopilados en el gráfico 1, los datos de prevalencia de LM tras el alta hospitalaria y durante el primer, tercer, cuarto y sexto. Se especifica el lugar donde se llevó a cabo el estudio (provincia o comunidad), y el año de recogida de las muestras. El gráfico 2, muestra las misma clasificación pero se estudia LME.

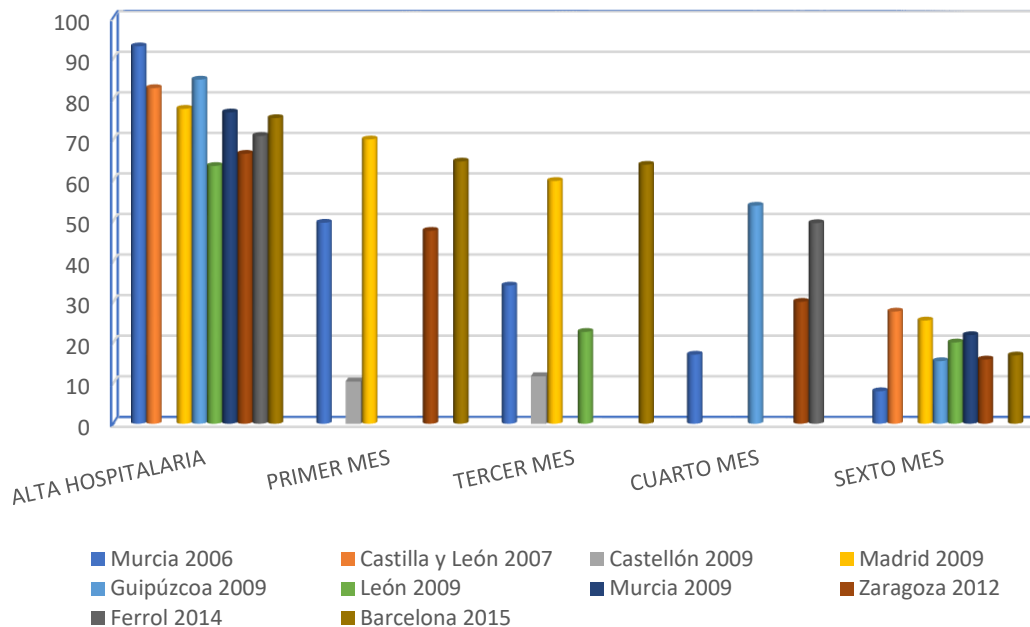
Gráfico 1. Prevalencia de Lactancia Materna al alta hospitalaria, durante el primer mes, tercero, cuarto y sexto<sup>15-19,22-25,27,29, 30, 32,34</sup>



Fuente de elaboración propia: <sup>15-19,22-25,27,29, 30, 32,34</sup>.

Gráfico 1. Prevalencia de Lactancia Materna tras el alta hospitalaria y durante el primer, tercero, cuarto y sexto mes.

Gráfico 2. Prevalencia de Lactancia Materna al alta hospitalaria y durante el primer, tercero, cuarto y sexto mes <sup>15-19,22-25,27,29, 30, 32,34</sup>



Fuente de elaboración propia: <sup>15-19,22-25,27,29, 30, 34</sup>

Gráfico 2. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva tras el alta hospitalaria y durante el primer, tercer, cuarto y sexto mes

Los datos reflejados en el gráfico 1 muestran cifras elevadas de LM en el momento del alta hospitalaria, con valores por lo general, mayores al 80%. La tasa de prevalencia más baja la encontramos en Mallorca con un 76% frente al 99% que alcanza Bilbao en el mismo año, siendo esta última la más elevada. No obstante, se observa que no se mantiene el tiempo recomendado, pues existe una progresión descendente a medida que pasan las semanas, siendo únicamente cuatro, los estudios en los que se observa que las mujeres que lactan son capaces de alcanzar o superar a las últimas recomendaciones propuesta por la OMS, que plantea aumentar las tasas de LM en los primeros seis meses de vida hasta en un 50%. Dicho descenso se ve mucho más marcado en el gráfico 2, existiendo tasas de inicio menores a los de LM, y alcanzando valores máximos del 27,6% de prevalencia a los seis meses.

Es significativo que las grandes caídas en las cifras de prevalencia se produzcan entre los tres y seis meses. Un claro ejemplo se refleja en el estudio de Galicia de 2007, que pasa del 56,9% de lactantes el primer mes al 24% el tercero y únicamente el 17% mantendrá lactancia durante el sexto. Características semejantes se ven reflejadas en los datos del gráfico 2.

De forma general, las cifras sugieren que siguen siendo necesarias medidas que revisen, sobre todo, los mecanismos actuales de mantenimiento de lactancia natural. El abandono precoz

indica que siguen existiendo dificultades sociales, culturales y educaciones que impiden su correcta instauración y mantenimiento<sup>13,15,16</sup>.

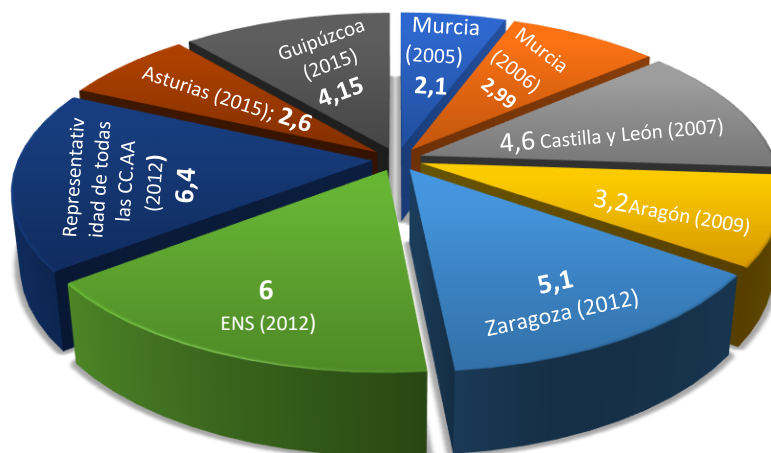
Una vez establecidas las tasas de prevalencia en nuestro país y contrastarlas, pasamos a delimitar el inicio de las fechas de destete. Basándonos en nuestros resultados y al igual que con las tasas de prevalencia, este dependerá del tipo de estudio. (Gráfico 3)

Según Ortega et al<sup>23</sup>. la duración media de LMC fue de 63,1 días. García et al<sup>28</sup>, en 2005 en el Centro de Salud de Mazarrón (Murcia), refirió una media de 2,99 meses de LM. Sacristán et al<sup>24</sup>, señaló en su estudio en Castilla y León en 2007, una media de destete de 4,6 meses.

Dos estudios llevados a cabo en la comunidad de Aragón, mostraron tasas muy distintas entre ellos. Cuadrón et al<sup>29</sup> en base a los datos recogidos entre 2009 y 2010 situó el tiempo medio de destete en 3,2 meses, mientras que Giménez et al<sup>30</sup>, un par de años más tarde, en 2012, evidenció una media de 5,1 meses de LME. Díaz et al, en su estudio comparativo y la ENS 2011-2012, situaron la edad media de destete entre los 6,4 y 6,8 meses de vida respectivamente<sup>18</sup>. No obstante, son pocos los artículos que mostraron datos tan optimistas. Otro estudio, en este caso comparativo en 4 cohortes de España, publicado en 2015 objetivaron resultados también muy variables de unos a otros. Asturias tuvo el tiempo menor de LMP con 10,5 semanas y Guipúzcoa el mayor, en 16,6 semanas<sup>12</sup>.

La interpretación de los datos obtenidos refleja cómo el paso del tiempo ha ayudado a retrasar el destete, encontrando inicios muy precoces entre 2005 y 2006 con cifras de 2,1 y 2,99 meses, frente a los últimos datos de la ENS en 2012 que situó el inicio de abandono a los 6 meses.

Gráfico 2. Media de inicio de destete, expresada en meses, en España<sup>15-19,22-25,27,29, 30, 32,34</sup>



Fuente de elaboración propia:<sup>11,12,16-18,24,26-28,30</sup>

Gráfico 3. Media de inicio de destete, expresada en meses, en España.

Cuando analizamos los motivos de abandono precoz de la Lactancia Materna encontramos que son la incorporación al mundo laboral, la falta o pérdida de peso del lactante y la hipogalactia las más frecuentes y otras. (Grafico 4)

La incorporación al mundo laboral como causa común de abandono puede justificarse con la legislación que existió entre los años de estudio de los artículos seleccionados, 2007 y 2018 y que actualmente sigue vigente con algunas modificaciones:

La creciente tendencia a prolongar la lactancia materna más allá del periodo de baja maternal, crea la necesidad de combinar lactancia y trabajo de una manera práctica y satisfactoria. La legislación española por el Real Decreto 295/2009<sup>35</sup>, contempla medidas facilitadoras por las que se regulan los permisos retribuidos. A grandes rasgos, expone que la mujer tiene derecho a 16 semanas de baja posteriores al parto y se ampliará en 2 semanas más por cada hijo/a, a partir del segundo. En el caso del progenitor, la baja paterna ofrece al padre el derecho a un permiso de 13 días que se sumará al permiso de nacimiento y es ampliable 2 días más por cada hijo/a, a partir del segundo.

Según el RD 6/2019<sup>36</sup> desde el 01/04/2019, de 1 de marzo, se inició un periodo transitorio para la ampliación del permiso de paternidad hasta las 16 semanas en 2021, que se equiparará al de maternidad. Aclaramos que estas últimas modificaciones no han afectado a los resultados de nuestra investigación, ya que como hemos dicho, nuestros estudios abarcan hasta el 2015. En nuestro país, existe además el permiso de lactancia por hijo menor de 9 meses (funcionarios 12 meses), que permite a la madre o al padre ausentarse una hora del trabajo al día. Este permiso aumenta en caso de partos múltiples de manera proporcional a una hora por hijo.<sup>3,9</sup>

Según el estudio realizado por Oribe et al<sup>16</sup>. en Guipúzcoa entre 2008 y 2009, señalaron que el tiempo medio de LME fue de 18,3 semanas cuando el motivo de abandono fue por cuestiones laborales. Ramiro et al.<sup>26</sup>, entre 2011 y 2012 en la comunidad de Madrid, indicaron que la incorporación al mundo laboral afectó al 25,9% de las mujeres encuestadas, situándose como segunda causa de abandono más importante. Díaz- Molinero et al.<sup>32</sup>, en su estudio entre 2013 y 2014, la agrupó también como segunda causas de abandono descrita, afectando en un 10,11%.

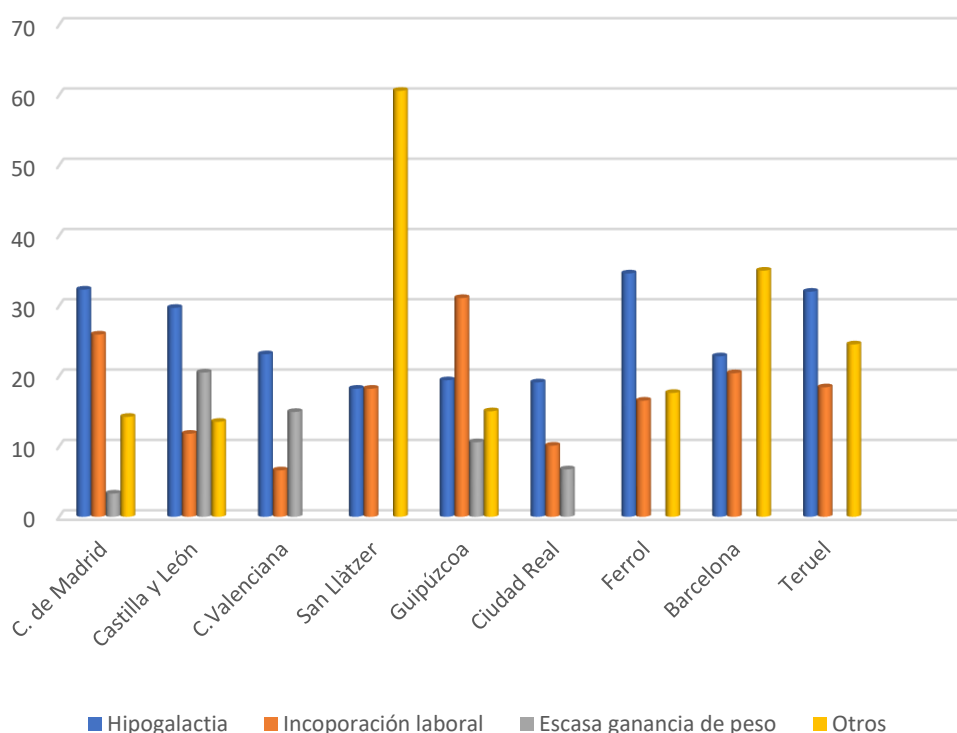
Díaz et al.<sup>18</sup>, es su estudio multicéntrico llevado a cabo con una muestra de mujeres residentes en todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.) en 2013, señaló como principal motivo para elegir LA, la incorporación inmediata al trabajo, viéndose afectadas el 33,8% de las madres. Esta misma causa, supuso en un 39% la introducción de lactancia mixta, y en un 18% de el motivo de abandono, tras la baja maternal.

El estudio de Tizón<sup>19</sup>, entre 2013 y 2015 en Ferrol, mostró que la incorporación laboral afectó al 16,5% de las madres encuestadas a los seis meses. En ese mismo tiempo, en Barcelona, Cabedo et al<sup>34</sup>. encontraron en su estudio que el 47,1% de los abandonos entre el quinto y sexto mes se produjeron por la reincorporación al trabajo. Según datos de una encuesta a nivel nacional realizada en 2015 por el CLM-AEP, con la colaboración de otras asociaciones profesionales a más de 500 madres con hijos menores de dos años, mostró que el 55,1% de ellas suspendió la lactancia materna de cara a su reincorporación laboral, mientras que el 23,1% inició la alimentación mixta<sup>37</sup>. El estudio que se llevó a cabo en la Comunidad Valenciana entre 2012 y 2017 por Vila-Cansel et al<sup>38</sup>. establecieron una media de abandono de 41 días por incorporación laboral.

A modo de resumen, la incorporación laboral como causa de abandono de LM oscila entre el 10,11% hasta el 55,5% en el 2015. No hemos podido analizar la incidencia de abandono por causas de laborales desde el 2015 al 2019, por falta de estudios.

Los resultados expuestos, muestran que son necesarias políticas de promoción y apoyo, que aumenten la duración a corto y largo plazo<sup>22</sup>. Las últimas modificaciones en la legislación sobre los permisos en maternidad y paternidad son un inicio que esperamos que permitan mejorar las tasas que actualmente tenemos. El CLM-AEP recomienda a las empresas proporcionar periodos de descanso para que las madres puedan amamantar a su hijo o extraerse leche, disponer de espacios adecuados e íntimos para este fin, programas específicos de formación que promueva la lactancia en las empresas y otras opciones para compatibilizar lactancia y trabajo etcétera<sup>9,37</sup>.

Gráfico 4. Causas de abandono más frecuentes agrupadas por artículos<sup>16-19,24,26,,29, 31,32,34,39</sup>



Fuente de elaboración propia: 16,19,24,26,29, 31,32, 34,39

Gráfico 4. Causas de abandono más frecuentes de la lactancia materna agrupados por artículos.

La segunda causa de abandono descrita es la falta de ganancia y/o pérdida de peso del lactante, en muchas circunstancias causada por una interpretación errónea de la ganancia ponderal del RN<sup>24</sup>. El desarrollo de los niños lactados al pecho no sigue el mismo patrón de crecimiento que los niños con LA. Entre 1997 y 2003, la OMS llevó a cabo un estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento en niños con lactancia natural, a fin de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños en todo el mundo<sup>2</sup>. (ANEXO VI)

Después del nacimiento se inicia el proceso de instauración de la lactancia, que puede durar hasta 6 semanas. Al principio, el bebé va a necesitar mamar muy a menudo, (entre 8-10 veces diarias en niños a término y 10-12 veces en prematuros), hasta alcanzar progresivamente, un ritmo más pausado entre las tomas, que va a permitir adecuar la producción de la madre a las necesidades del niño. En torno a las tres semanas, al mes y medio, y a los tres meses muchos bebés tienen unos días "raros", estando algo más inquietos, llorones, duermen peor... Posiblemente esto tenga relación con la aceleración normal en su velocidad de crecimiento, que



condiciona una mayor demanda de leche. El desconocimiento de estas condiciones provoca inseguridad en muchas madres y optan por abandonar la lactancia natural e iniciar LA o combinar ambas. Sin embargo, esta última decisión lo que genera es que se reduzca el estímulo de succión necesario para aumentar la producción de leche que está requiriendo el lactante, y que acabará provocando finalmente su abandono<sup>2,3</sup>.

Atendiendo a estas circunstancias, podemos observar que están íntimamente relacionadas con nuestro tercer motivo de abandono descrito, la hipogalactia o percepción de las madres de creer que no tienen suficiente leche, y quizá actuando sobre ésta, podríamos corregir ambos problemas. Defendemos la asociación de hipogalactia con percepciones de la madres, puesto que la hipogalactia verdadera no llega a afectar a más del 5% de las mujeres<sup>2,3,18</sup>.

Así, González et al.<sup>25</sup>, en su estudio en 2008 en Val Miñor señaló que, la causa de abandono más recurrente entre las mujeres encuestadas fue la hipogalactia seguida de la falta de aumento de peso ponderal. Según Díaz et al.<sup>18</sup>, en su estudio elaborado en 2013 con representatividad en todas las CC.AA, mostró que el 16% de las madres encuestadas optaron por lactancia mixta por bajo aumento de peso ponderal del lactante. La baja producción de leche fue el principal motivo de abandono, afectando al 29% de las mujeres. Entre 2013 y 2014, en el trabajo elaborado en Ciudad Real por Díaz-Molinero et al.<sup>32</sup>, la hipogalactia supuso en un 19,11% la principal causa de abandono entre los tres y seis primeros meses. La pérdida de peso afectó a un 6,4% como tercera causa más común. Otro estudio, también en 2013 por Tizón<sup>19</sup> en la Coruña, asoció en un 38,1% la hipogalactia como razón principal para abandonar la lactancia. Un trabajo publicado en 2016 expuso que el principal motivo de abandono fue la sensación de baja producción de leche<sup>37</sup>. Ramiro et al.<sup>26</sup>, en su estudio publicado en 2017, señaló que el 36% de las mujeres encuestadas asociaron la producción insuficiente de leche como causa principal de abandono.

Dentro de las causas agrupadas en otros, diferenciamos principalmente aquellos relacionados con los sistema de salud, por indicación o recomendaciones de los profesionales sanitarios y falta de apoyos, problemas de la madre, asociados a las glándulas mamarias, propios de la madre u originados por el tipo de parto y, problemas del niño, prematuridad, sensación de que el niño pasa hambre o, al igual que en el caso de la madre, propios del RN. Todas estas causas van a tener mayor fuerza durante el inicio y primer mes de lactancia<sup>12,16,18,19,30,39,40</sup>.

Rius et al.<sup>22</sup>, en 2005 en su estudio en el Hospital Universitario de la Fe de Valencia, asoció una de las mayores pérdidas desde el alta de maternidad hasta el primer mes de vida posnatal, coincidiendo con la pérdida de apoyos asistenciales. Esta asociación se ve apoyada por Díaz et al.<sup>18</sup>, al señalar que la falta de recomendación o de apoyo de los profesionales supusieron en el 32,4% la segunda razón para optar por LA. Según Moll et al.<sup>31</sup>. en San Llàtzer, mostraron que el 60,6% de los abandonos se produjo por recomendación de un profesional.

El estudio de Ramiro et al.<sup>26</sup>, entre 2008 y 2009, en Madrid, indicó que las razones para no iniciar la lactancia materna más comunes fueron la decisión materna y los problemas asociados a las mamas en un 23,5% y 23,8% respectivamente. El estudio de Vila-Cansel et al.<sup>38</sup>, llevado a cabo entre 2012 y 2017 en la Comunidad Valenciana, asociaron un periodo menor a 30 días, cuando los motivos los relacionó con problemas asociados a las glándulas mamarias.

En cuento a la separación del lactante por problemas médicos del bebé o de la madre, según Díaz et al.<sup>18</sup>., supuso la tercera causa de abandono más común, afectando a un 14,8%. La sensación de que el niño pasaba hambre provocó un 41,9% de abandonos en el estudio de

Cabedo et al<sup>34</sup>, y en Teruel, según Cuadrón et al, un 24,5 %<sup>29</sup>. En relación a la prematuridad del RN, según el CLM-AEP, el 56,5% de los niños prematuros no inician LME<sup>37</sup>. Para Laviña, la prematuridad provoca menores tasas de inicio y mantenimiento de LM<sup>39</sup>.

Además de las anteriores, existen otras causas que a pesar de no tener significado porcentual, son necesarias de mencionar, dada su relevancia en gran parte de artículos. Estas son, la adiposidad, dar lactancia en público y el tabaco Respecto a la adiposidad y al consumo de tabaco hay diferencias tanto en el inicio como en el mantenimiento de la lactancia, provocando menores tiempos de amamantamiento<sup>24,30</sup>. Díaz et al.<sup>18</sup>, significaron el pudor de las mujeres cuando lactan en público a la hora de abandonarla.

## CONCLUSIÓN

La lactancia materna es la mejor opción nutricional para el recién nacido. Ofrece inigualables beneficios no solo para el lactante sino también para la madre, la sociedad y el medio ambiente.

Los estudios analizados (2005-2015) muestran elevados porcentajes de lactancia materna al alta hospitalaria. Sin embargo, estos no se mantienen lo suficiente para alcanzar los objetivos propuestos por la OMS hasta el sexto mes de vida del niño.

Las diferencias de medición de las variables estudiadas, junto a la escasez de estudios desde el año 2015 y el hecho de que ninguno lo haga a partir del sexto mes de vida, son algunas limitaciones que nos han dificultado poder disponer de información sobre su prevalencia en todo el conjunto de España. A pesar de que más del 80% de las madres dan lactancia al alta, disminuye progresivamente al primer mes, tercero, cuarto y sobre todo al sexto. Asociamos a dichos periodos, los estados de crecimiento del niño y la falta de información de las madres sobre la sensación tácita de hipogalactia. Estas causas inducen a comenzar con suplementos lácteos o suprimir la lactancia natural, siendo fundamentales su detección y diagnóstico precoces para evitarlas.

A pesar de la legislación vigente, favorable a mantener la lactancia materna durante la incorporación al trabajo, el abandono de la lactancia oscila entre el 10 y 55% de las mujeres. Creemos que el apoyo profesional a las madres respecto a la técnica de extracción, de conservación y de administración de la leche materna, junto con la motivación a dar lactancia en público, crear un ambiente social favorable y programas específicos de formación que promuevan lactancia materna en el trabajo, pueden contribuir a disminuir los porcentajes de abandono.

En relación al resto de las causas de abandono, aunque su incidencia es baja, debemos destacar la necesidad de aumentar el apoyo profesional para reducirlas. La enfermera puede tomar la iniciativa en las plantas de maternidad, al enseñar, reforzar, valorar los signos de agarre y amamantamiento, y corregir la postura, etc., así como resaltar el apoyo del padre para que entre todos consigamos una mayor duración de la lactancia materna.

Una vez visto que la reincorporación laboral es una de las principales causas descritas, este trabajo pretende ser la base para la elaboración de un programa de enfermería de atención a la lactancia materna en las empresas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo Maldonado J, Arena Ansotegui J, Bustos Lozano G, Blázquez García M, et al. Manual de lactancia materna.[Internet]. 8th ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008 [citado 2018 Dic 9]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/manual-lactancia-materna-teoria-practica>.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra: Organización mundial de la salud. 2015. [citado 2018 Nov 30]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
3. Comité de lactancia materna del hospital 12 de Octubre y centro de salud de atención primaria. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid: Servicio madrileño de salud. 2011. [citado 2019 Ene 23]. 140,160. Disponible en: [http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia\\_lm\\_h12o\\_2011.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf).
4. Asociación Internacional para la consulta en Lactancia [sede web]. North Carolina, USA: Ilca.org; 2018 [actualizada 2018 May 25, citado 2018 Oct 28]. Disponible en: <https://www.ilca.org/>.
5. La Liga De La Leche Internacional. Optar por lactancia materna. El arte femenino de amamantar. EEUU: Pax Mex; 2001.; 3-9. 2019 [citado 2018 Oct 28].
6. Hernández Aguilar MT Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica, recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatr [Internet]. 2005 [cited 2018 Nov 20]; 63 (4):340-56; Available from: <http://www.analesdepediatria.org/es-pdf-13079817>.
7. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la lactancia. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y a la lactancia [Internet]; 2011. [citado 2019 Mar 23]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>.
8. Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna en cifras. Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2016 [citado 2018 Nov 14]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>.
9. Asociación Española de Pediatría. Documentos sobre lactancia materna Portal de Salud [Internet]. 2018 [citado 2018 Nov 27]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna>.
10. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2012. Edición revisada Junio 2015. Informes, estudios e investigación 2015. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Pág 28. [citado 2019 Mar 14] Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/infsns2012.pdf>.
11. Encuesta Nacional de Salud, 2006, 2011/12 y 2017. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.[citado 2018 Oct 12]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/solicitud.htm>.
12. Hernández Aguilar Teresa. Construyendo Salud [monografía en Internet]. Bilbao. Comité Nacional de la IHAN;2015 [citado 2019 Ene 15]. Disponible en: <https://www.ihan.es/boletines-noticias-ihan/ponencias-y-publicaciones-congresos-ihan/>.

13. Pallás Alonso C, Soriano Faura J. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. PrevInfad/PAPPS [Internet]. 2018 [citado 2019 Enero 4]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/lactancia-materna>.
14. Sánchez RG, Consuelo T, Plaza Á. Efectividad de intervenciones educativas postnatales en la duración de la lactancia materna. Reduca [Internet]. 2012 [citado 2019 14 Mar]; 4 (5):174–209. Disponible en: <http://revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/949/967>.
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 AP [Internet]. 2011 Mar [citado 2019 Mar 24]; 13 (49):47-62. Disponible en: [http://archivos.pap.es/files/1116-1270-pdf/pap\\_49\\_04.pdf](http://archivos.pap.es/files/1116-1270-pdf/pap_49_04.pdf).
16. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Marina S, 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 [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 17]; 29 (1):4–9. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-prevalencia-lactancia-materna-factores-asociados-articulo-S1695403317303144>.
17. Ine.es [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [actualizado 2018 Sep 14, citado 2019 Feb 3]. Disponible en: [www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayou&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888).
18. Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2016 [citado 2019 Mayo 09]; 90: e40016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728031>.
19. Tizón Bouza E. Lactancia materna y sus determinantes [Tesis Doctoral] Coruña: Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de la Coruña; 2015 [cited 2018 Oct 27]. Disponible en: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15939/TizonBouza\\_Eva\\_TD\\_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15939/TizonBouza_Eva_TD_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y).
20. Emmanuel Andy. A Literature Review of the Factors That Influence Breastfeeding: An Application of the Health Believe Model. International Journey of Nursing and Health Science. [Internet] 2015 [cited 2019 May 3]; 2 (3):28-36. Disponible en: <http://cactus.unijos.edu.ng/jspui/bitstream/123456789/1010/1/7190158.pdf>.
21. Martínez-Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Manrique-Tejedor J, et al. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. Enfermería Univ [Internet]. 2017 [citado Mar 62019]; 14 (1):54–66. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/56>.
22. 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 Pediatría [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 2]; 80 (1):6-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313002385>

23. Ortega García JA, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Giménez V, Quesada López JJ, Hernández Ramón F et al. Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. *An Pediatr* [Internet]. 2008 [cited 2019 Mar 17]; 68 (5): 447-53 Available from: <http://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S1695403308701796>.
24. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr AP* [Internet]. 2011 [citado 2019 Mar 24]; 13 (49):33-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638728004>.
25. González Oya JL, Valls Durán T, Mosquera González E, Herranz Álvarez M, López Ozores Y, Sanromán Valera MJ et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Rev Pediatr AP* [Internet]. 2008 [cited 2019 Mar 11]; 10: 603-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638709004>.
26. 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 Pediatría* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2019 Mar 2]; 89 (1):32–43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403317303144>.
27. Morán Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, Peral Casado A. Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Feb 03]; 24 (2): 213-217. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200017&lng=es)
28. García-López MA, Ros-Bas O. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva Article IN press. *Enferm Clin* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 20];20(2):109–13. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-factores-socioculturales-perinatales-relacionados-con-S1130862109001466>.
29. Cuadrón-Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte-Velillas JJ, et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr.* [Internet]. 2013 [citado 2019 Mar 18]; 79:312-318. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313001288>.
30. 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 AP* [Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Mayo 03]; 17 (65): 17-26. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/279864947\\_Prevalencia\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_en\\_un\\_centro\\_de\\_salud\\_de\\_Zaragoza\\_Espana\\_factores\\_sociosanitarios\\_que\\_la\\_condicionan](https://www.researchgate.net/publication/279864947_Prevalencia_de_la_lactancia_materna_en_un_centro_de_salud_de_Zaragoza_Espana_factores_sociosanitarios_que_la_condicionan).
31. Moll Pons JM, Prieto Valle JM, Sánchez Martínez A, López León MP, Arana Galán JM, Frontera Juan G. Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del hospital “San Llätzer” de Palma de Mallorca. *Acta Pediatr Esp* [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 5]; 70 (5): 186-194. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/de92b88eca769b9486f43ee9b3dac126/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31418>.

32. Diaz-Molinero P, Burgos Rodríguez MJ, Mejía M, De Arellano R. Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 17]; 25 (5):232–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-resultado-una-intervencion-educacion-salud-S1130862115000741>
33. Gutiérrez Moreno T. Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la Lactancia Materna [Tesis Doctoral] Leioa: Departamento de Fisiología, Universidad del País Vasco; 2015 [cited 2018 Nov 19]. 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).
34. Cabedo R, Manresa J, Cambredó MV, Montero L, Reyes A, Gol R y Falguera G. Tipos de lactancia materna y factores que influyen en su abandono hasta los 6 meses. *Estudio LACTEM. Matronas profe.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Abr 14]; 20(2):54-61. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2019/05/54-ORIGINAL-TIPOS-LACTANCIA.pdf>
35. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. *BOE* núm. 69, de 21/03/2009; páginas 27936 a 27981 (46 págs.) [cited 2019 jun 16]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/03/06/295>
36. Real Decreto 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. *BOE* núm. 57, de 7 de marzo de 2019, páginas 21692 a 21717 (26 págs.) [cited 2019 jun 16]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-20193244&tn=1&p=20190307>
37. Comité de Lactancia Materna. Más de la mitad de las mujeres suspenden la lactancia materna al incorporarse al trabajo [Internet]. Madrid: AEP; 2019 [citado 2019 14 Mar]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/06-10-15\\_np\\_semana\\_europea\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/06-10-15_np_semana_europea_de_la_lactancia_materna.pdf).
38. Villa-Candel R, J.Soriano-Vidal F, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M y Castro Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2019 [citado 2019 Ene 12]; 51 (2): 91-98. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717304730?via%3Dihub>
39. Laviña Castán AB. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary* [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 21]; 11 (2):115–25. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/818/736>.
40. García Vera C, del Castillo Aguas G, Domínguez Aurrecochea B, Cano Garcinuño A, Martínez Rubio A, Mengual Gil JM, et al. Influencia de factores socioeconómicos, culturales e individuales en el inicio y en la duración de la lactancia materna AEPap [Internet]; 2017 [citado 2018 Nov 27]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivosadjuntos/memoria\\_estudio\\_lay\\_di\\_reducida.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivosadjuntos/memoria_estudio_lay_di_reducida.pdf).





## ANEXOS

### ANEXO I: DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL<sup>7</sup>

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
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 o clínica.

## ANEXO II: DEFINICIONES DE LOS TIPOS DE LACTANCIA PROPUESTOS POR LA OMS<sup>2</sup>

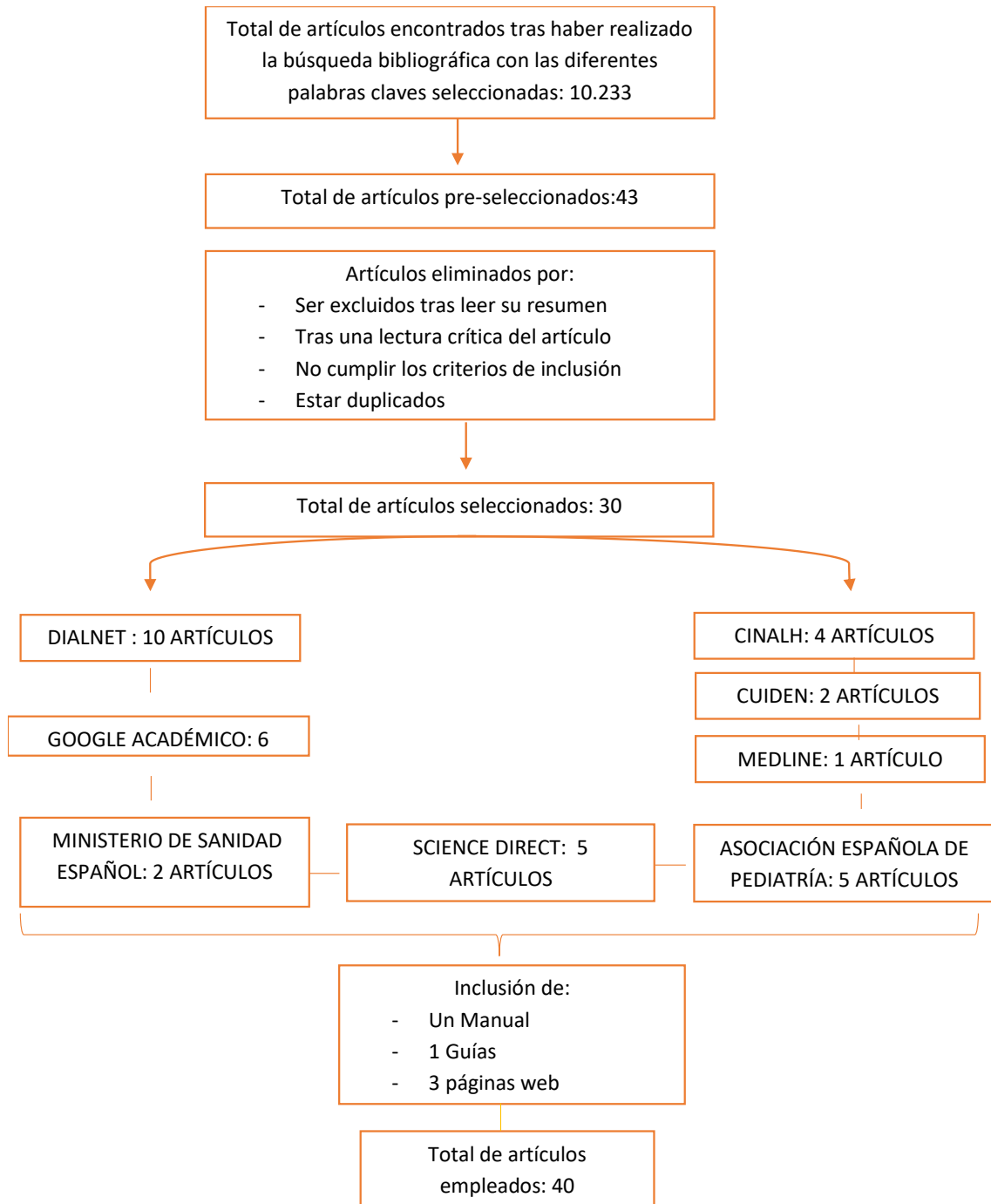
### DEFINICIONES DE LOS TIPOS DE LACTANCIA PROPUESTOS POR LA OMS<sup>2</sup>

Completa	Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante
Diferida	Lactancia por leche materna extraída.
Directa	Cuando el bebé se alimenta tomando la leche directamente del pecho.
Exclusiva	Lactancia materna, incluyendo leche de mirriplin extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
Inducida	Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que haya mediado embarazo previo en la madre.
Mercenaria	Lactancia por leche de una madre distinta a la propia a cambio de algún tipo de remuneración.
Mixta	Forma popular de referirse a la lactancia complementaria (leche humana + leche no humana). La OMS recomienda que no se utilice este término en investigaciones científicas.
Múltiple	Lactancia por leche de madre a dos o más hijos de la misma edad.
Predominante	Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
Re lactancia	Lactancia exclusiva por leche de la propia madre después de un periodo de alimentación complementaria o suspensión de la lactancia
Solidaria	Lactancia por leche de madre distinta a la propia sin que medie ningún tipo de remuneración.
Tándem	Lactancia por leche de la propia madre a dos o más hijos de distinta edad.

ANEXO III: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>DESCRIPTORES Mesh y Desc PALABRAS CLAVE</b>	<b>DOCUMENTOS IDENTIFICADOS CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR TÍTULOS</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL TEMA</b>
<b>CUIDEN</b>	Lactancia materna and educación and enfermería	+20	7	2
<b>MEDLINE</b>	Lactancia materna	34	5	1
	Lactancia and causas de abandono	1	1	0
<b>CINALH</b>	Causas de abandono and lactancia materna	3	3	2
	Lactancia materna and enfermería	23	3	2
<b>SCIENCE DIRECT</b>	Lactancia materna and causas de abandono	42	12	5
<b>GOOGLE ACADÉMICO</b>	Lactancia materna and causas de abandono and educación	+30	18	6
<b>DIALNET</b>	Lactancia materna and educación and causas de abandono	4	3	2
	Lactancia materna and causas de abandono	10	6	6
	Lactancia materna and enfermería	43	6	2
<b>MINISTERIO DE SANIDAD ESPAÑOL</b>	Lactancia materna and educación and enfermería and causas de abandono	24	2	2
<b>ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA</b>	Lactancia materna and educación	+20	15	5

ANEXO IV. DIAGRAMA DE FLUJO



ANEXO V: RESUMEN DEL CONJUNTO DE ARTÍCULOS UTILIZADOS PARA EL DESARROLLO DE LOS RESULTADOS<sup>6,9,12,14-16,18,19,21-28,30-34,37-39</sup>

RESUMEN DEL CONJUNTO DE ARTÍCULOS UTILIZADOS PARA EL DESARROLLO DE LOS RESULTADOS <sup>6,9,12,14-16,18,19,21-28,30-34,37-39</sup>				
Autor y año de publicación	Tipo de estudio	Lugar de estudio	Muestra	Resultados finales
Hernández Aguilar MT y Aguado Maldonado (2005)	Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría	-	-	Lactancia materna, cultura y naturaleza. Las bajas tasas de lactancia materna suponen un problema de Salud pública. Los profesionales sanitarios (en este caso se centran en pediatras) se encuentran en una situación privilegiada para mejorar nuestras tasas y recuperar la lactancia como norma de alimentación y crianza a través de intervenciones que lleven cambios a las plantas de maternidad, continuidad de la lactancia exclusiva en AP, intervención efectiva de políticas...
Comité de Lactancia Materna (2016)	-	España y otros países	Conjunto de España	LM en España (LME Y LP), a las 6 semanas 71%, 3 meses 66,5% y a los 6 meses 46,9%, en 2012. Necesidad de un sistema de monitorización y seguimiento, mayor apoyo a nivel social y laboral, no responsabilizando únicamente a las familias.
Comité Nacional de la IHAN (2015)	Estudio observacional transversal (2015)	España	501 madres	Pg 39. El 50,5% de las madres consideraron que la vuelta al trabajo les había afectado mucho o bastante. El 55,1% suspendieron la lactancia y el 23,1% iniciaron LMix y tan solo el 7,8% continuaron con LME. La edad media de destete fue de 6,2 +- 3,8
	Estudio descriptivo (2012)	España	RNT (recién nacidos a Término)	Pg 42. En los partos eutócicos y a término el CPP ha aumentado la Tasa de LM.
	Revisión bibliográfica (2015)	España	-	Pg 56. Creación de leyes propias para la lactancia. Mujeres trabajadoras suponen un incremento de sacaleches, biberones, leches de fórmula... En el plano social se está obteniendo un incremento de % de LM vs LA
	Revisión bibliográfica (2015)	España	-	Pg 62. Factores de riesgo para la lactancia: momento de decisión, experiencia previa, informaciones contradictorias, conocimientos deficientes o erróneos, edad de la mujer, alta hospitalaria y fin de la prestación por maternidad.
	Análisis descriptivo retrospectivo	España	145 RN hospitales IHAN	Pg 64. Media de destete 7,69 meses con LM y 4,38 LME

Pallás Alonso (2018)	Revisión bibliográfica	-	-	Intervenciones de apoyo a la lactancia, análisis de los beneficios y recomendaciones.
Herreros Martínez (2017)	Revisión bibliográfica	-	-	Capitulación de las principales estrategias que se ha incorporado en Europa y España para la promoción de la lactancia materna.
Sánchez Gallardo, Raquel (2012)	Estudio experimental controlado aleatorizado	-	-	Intervenciones posparto son efectivas para mejorar las tasas de lactancia materna.
Palomares Gimeno MJ, et al (2011)	Estudio observacional prospectivo	Castellón	309	LM al alta 81,2%, 75,5% durante el primer mes, 66,9% tercer mes y el sexto mes 51,9%. Las intervenciones realizadas en AP para promover la lactancia natural consiguen resultados positivos para la salud de la población.
Oribe M, et al (2015)	Trabajo de investigación	Guipúzcoa	638	La prevalencia de la LME al alta hospitalaria fue del 84,8%, a los 4 meses del 53,7% y a los 6 meses del 15,4%. La razón referida con más frecuencia fue la laboral (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%).
Díaz Gómez Marta (2016)	Estudio observacional transversal	Conjunto de España	569	Edad media destete 6,4 meses. Principales motivos para suspender LM son: baja producción de leche, incorporación al trabajo en un 29% y 18% respectivamente.
Tizón Bouza (2013-2015)	Estudio observacional de seguimiento prospectivo	La Coruña (Ferrol)	420	Prevalencia de lactancia materna al alta en Ferrol es del 81,4%, mientras que la prevalencia de lactancia materna exclusiva es del 70,9%. Prevalencia de lactancia materna a los 4 meses recogida alcanzada en este estudio es del 54,7%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 49,4%. Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses es del 41,6%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 5,4%.
Martínez Galán Paloma, et al. (2016)	Revisión de la literatura	-	-	Éxito de la lactancia depende de la información y del apoyo proporcionado a la familia, existen diversos factores que van a influir de forma negativa como, prácticas sanitarias inadecuadas, escasa formación de los profesionales... las clases prenatales realizadas por matronas aumentan la prevalencia, duración y exclusividad de la lactancia.
Rius JM, et al (2012)	Estudio prospectivo	Este de España	452	Inicio de la LM en el 81% de los casos, persisten el 39 y 21% a los tres y seis meses respectivamente. Se describen como principales factores influyentes la gestación tras técnicas de reproducción asistida, hábito tabáquico, expectativas pobres sobre la duración de la lactancia, uso de chupete, nivel de estudios y sensación de que la madre tiene suficiente leche.

Ortega García JA et al, (2008)	Estudio longitudinal	Murcia	101	LMT; 93% momento del alta, 85% a los 15 días, el 83% al mes, 75% a los 2 meses, 63% a los 3 meses, el 50% a los 4 meses y el 35% a los 6. El consumo de tabaco, la mayor edad materna, el nacimiento por cesárea, el bajo nivel de estudios y ser primogénito disminuyen la LMC y LMT.
Sacristán Martín AM, et al (2011)	Estudio descriptivo observacional	Castilla y León	804	El 82,7% mantienen LME tras el alta. Solo mantiene el 27,1% de las mujeres a estudio lactancia materna a los 6 meses. La media de destete es de 3,9 meses para la LME y 4,6 para lactancia total.. Las principales causas de abandono son hipogalactia, escasa ganancia de peso y trabajo.
González Oya JL, et al (2008)	Estudio descriptivo pre-test / post – test sin grupo de control	Galicia	358 pre test 407 post test	Comparativa de tasas entre 2007 y 2008 encontrando una clara mejoría, existiendo LM de un 56,9 %, 24% y 17,6% durante el primer mes, tercer y cuarto y sexto en 2007 y un 79,2%, 54,5% y 22,2% en las madres entrevistadas en 2008 con hijos de un mes, tres y cuatro meses y seis meses respectivamente.
Ramiro González María, et al (2017)	Estudio transversal	Madrid	2627	Prevalencia LM y LME al alta 88% y 77,6% respectivamente. Al mes 82,8% y 70,5%, a los tres meses 73,4% y 59,8% y 49,4% y 25,4% a los seis. Las principales de razones de finalización fueron la producción insuficiente de leche y la incorporación al trabajo.
Morán Rodríguez M, et al (2009)	Estudio transversal	León	384	Iniciaron la lactancia materna exclusiva un 63,5 %. A los 6 meses únicamente la mantienen el 22,6%. El 43,4 % de los niños que empezaron con LME abandonaron a los tres meses y el 64,4% a los seis.
García López M <sup>a</sup> Atonía, et al (2010)	Estudio observacional descriptivo transversal	Murcia	212	La prevalencia en el inicio de LME es del 75,4% manteniendo una media de destete de 2,99 meses. Los factores maternos que más influyen son la población de origen materno y el tipo de parto.
Gimeno López V, et al (2015)	Estudio descriptivo retrospectivo	Zaragoza	570	La duración media de LME es de 2,5 meses, y de LM total de 5,1 meses. Existe una prevalencia de lactancia al alta del 86,3%, del 74% al mes y del 40,7% a los seis meses. La principal razón de abandono durante el primer mes es la dificultad en la instauración de la lactancia y entre el cuarto y sexto la incorporación al mundo laboral.
Moll Pons JM, et al (2012)	Estudio descriptivo transversal con recogida de datos retrospectivos	Mallorca	-	El 76% de las madres encuestadas mantiene lactancia materna tras el alta hospitalaria. Dicho porcentaje va disminuyendo a medida que avanza el tiempo y al es de 72,5%, a los tres meses del 56,9% y a los 6 meses del 37,8%. Los principales motivos de abandono durante el primer mes son principalmente el llanto, el hambre, la poca ganancia de peso y la leche insuficiente. Entre los tres y seis meses son la incorporación laboral, recomendaciones profesionales y leche insuficiente, llanto o hambre.

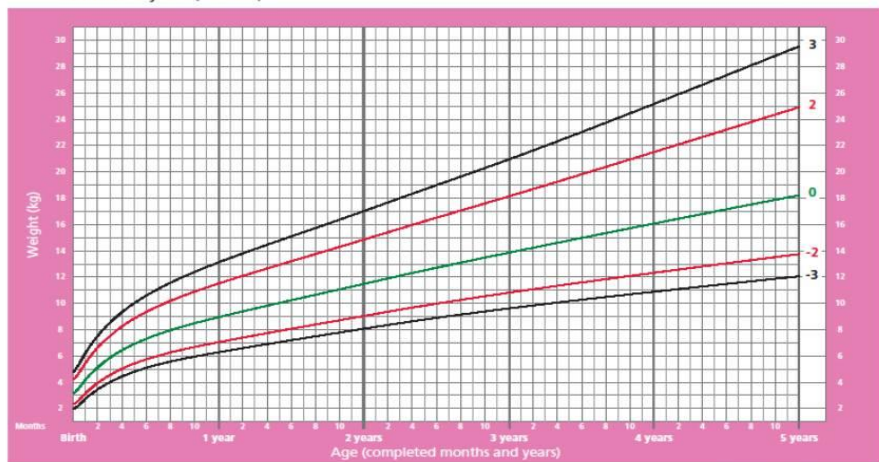
Díaz Molinero, Patricia et al (2015)	Ensayo clínico	Ciudad Real	100	<p>Del total de las madres a estudio, el 79,9% continúa con la lactancia materna al alta hospitalaria. Causa de abandono, la hipogalactia es la más frecuente.</p> <p>A los 6 meses no continúan con lactancia materna un 19,3% en el grupo control frente un 15,9% en el grupo experimental.</p> <p>influencia positiva entre la información recibida de los profesionales sanitarios durante la gestación y la instauración de la lactancia materna.</p>
Gutiérrez, Moreno (2018)	Estudio observacional, longitudinal y prospectivo	Bilbao	401	<p>El 99% de los RN inicia LM en el hospital y el 90,5% la mantienen hasta el primer mes. El 81%, el 74% y el 64% de los lactantes continuaban recibiendo lactancia materna a los 3, 4 y 6 meses. Los parámetros fisiológicos han sido los más importantes de cara al inicio e instauración de la misma, mientras que la intervención profesional durante el embarazo y la lactancia se ha revelado como elemento clave para el éxito de la lactancia materna a lo largo del tiempo.</p>
Cabedo Rosa et al (2015-2016)	Estudio observacional multicéntrico	Norte de Barcelona	541	<p>El 94,8% de las madres lactaban a sus hijos tras el alta y a los seis meses el 63,3%. La LME disminuyó desde el 75,3% al alta a un 16,8 % a los seis meses. Principales dificultades: uso de chupete, tetinas y pezoneras sobre todo en el puerperio temprano, seguida de problemas mamarios.</p> <p>Las causas de abandono dentro del puerperio tardío fueron la sensación de que el niño pasaba hambre y por decisión materna. Entre los tres y 6 meses destacan, sensación de baja producción de leche y por incorporación laboral.</p>
Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2019)	-	-	>500	<p>El 7,8% de las madres mantiene la LME tras su reincorporación laboral. El 23% inició lactancia mixta y el 9,6% comenzó con la AC.</p> <p>Facilitar la lactancia materna en los entornos laborales supone menor absentismo pues contribuye a mejorar la salud infantil y de la madre.</p>
Vila-Candel Rafael, et al (2017)	Estudio prospectivo observacional	Comunidad Valenciana	1338	<p>El 68,2% de las encuestadas mantuvo LME al alta, y a los tres meses descendió al 46,7%. La duración se situó en 68,7 +-32,7 días. Se destaca que el 29,1% de las puérperas deseaban LA. Las causas de abandono que se seleccionaron únicamente fueron antes de los 3 meses posparto y éstas fueron, la hipogalactia (21,8%), y el aumento de peso inferior al recomendado (14,9). Los motivos relacionados con la glándula mamaria y con el RN abandonaron antes de los 30 primeros días.</p>
Laviña Castán , Ana Belén (2014)	Estudio de cohorte longitudinal prospectivo	Aragón	541	<p>El 72,32% inician LM tras el alta hospitalaria y tan solo el 55,58% la mantendrán durante de forma exclusiva hasta los 2 meses. El tipo de parto, contacto precoz y partos prematuros influyen en el inicio y continuidad de la lactancia.</p>



ANEXO VI: GRÁFICOS DE CRECIMIENTO DE LA OMS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS DOS AÑOS<sup>1,2</sup>

### Weight-for-age GIRLS

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

### Weight-for-age BOYS

Birth to 6 months (percentiles)

