



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Medicina**

---

**Prevalencia y características de la  
lactancia materna en un área rural**

Trabajo de Fin de Grado: **Sergio García Martín**

Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Dirigido por: Prof. Dra Rebeca da Cuña Vicente

## ÍNDICE

<i>Resumen / Abstract</i> .....	3
<i>Introducción</i> .....	4
<i>Material y métodos</i> .....	7
<i>Resultados</i> .....	9
<i>Discusión</i> .....	14
<i>Conclusiones</i> .....	17
<i>Bibliografía</i> .....	18
<i>Anexos</i> .....	20

## **RESUMEN**

La lactancia materna es el alimento idóneo para el recién nacido. Numerosos estudios analizan sus ventajas respecto a la lactancia artificial y en consecuencia las recomendaciones internacionales abogan por su consumo de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida. Por otra parte, existen pocos estudios que ayuden a conocer la prevalencia de lactancia materna en nuestro país y la metodología que utilizan es heterogénea, lo que dificulta establecer conclusiones fiables. En el presente trabajo se realiza un estudio observacional con el objetivo de conocer la prevalencia y características de la lactancia materna en Cabezón de Pisuerga (Valladolid, España), se analizan factores sociodemográficos y relativos a la lactancia y se valoran y comparan los resultados con otros estudios realizados con anterioridad.

## **ABSTRACT**

Breastfeeding is the best source of nutrition for the newborn. Many studies analyse the comparative advantages over formula and exclusive breastfeeding is recommended up to 6 months of age by international guidelines. On the other hand, there are very few prevalence studies about breastfeeding in our country and a different methodology is applied so it is difficult to draw firm conclusions. In the current observational study we show the prevalence and features of breastfeeding in Cabezón de Pisuerga (Valladolid, Spain). We analyse the sociodemographic and breastfeeding-related factors and we compare the results with pre-existing studies.

## **INTRODUCCIÓN**

La lactancia materna (LM) es la alimentación con leche del seno de la madre. Numerosas instituciones sanitarias españolas e internacionales, destacando la Organización Mundial de la Salud, aconsejan la lactancia materna de forma exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses y continuada hasta los 2 años de vida junto a una correcta alimentación complementaria <sup>1-2</sup>.

La LM es la medida con mejor relación coste-efectividad sobre la salud del niño y el cumplimiento de estas recomendaciones no debería ser exclusivamente un modo de alimentación sino un pilar básico en salud pública <sup>3</sup>.

En las metas mundiales de nutrición de la OMS para el año 2025 se incluye elevar la prevalencia de LM exclusiva a los 6 meses al menos hasta el 50%. Actualmente menos del 40 % de los niños a nivel mundial reciben LME en los 6 primeros meses de vida y las cifras están aumentando lentamente para alcanzar dicho objetivo <sup>4</sup>.

La práctica clínica médica del siglo pasado descuidó la LM como parte del ciclo reproductivo natural, especialmente en los países desarrollados, asumiendo que puede ser reemplazada por productos artificiales sin consecuencias relevantes ni determinantes para la salud. En las últimas décadas, la evidencia a favor de la LM y en contra de la lactancia artificial ha aumentado significativamente debido a la realización de estudios epidemiológicos y al creciente conocimiento de la epigenética y en materia de células madre <sup>5</sup>.

Actualmente, las virtudes de la LM se conocen ampliamente y la evidencia es fuerte en términos de reducción de mortalidad, aumento de salud del niño y de la madre, así como en la esfera económica.

La LM, como intervención sanitaria, tiene el mayor impacto individual en la mortalidad infantil. Se han descrito tasas de mortalidad sustancialmente elevadas en niños que nunca han sido amamantados respecto a aquellos que han recibido LME durante los seis primeros meses y que han continuado lactando posteriormente <sup>6</sup>.

La LM se asocia a importantes beneficios en salud a corto y largo plazo. Los niños que son amamantados tienen menor riesgo de obesidad, incremento de las puntuaciones del cociente intelectual, menos hospitalizaciones por infecciones gastrointestinales y

respiratorias y menores tasas de otitis media aguda. Asimismo, se han descrito múltiples beneficios en las madres que han amamantado. Se relacionan con menor incidencia de cáncer de mama y ovárico, hipertensión arterial, diabetes tipo 2, depresión postparto e infarto agudo de miocardio <sup>7-8</sup>.

Los mecanismos implicados en cómo la LM afecta a la salud del niño y de la madre son muy variados. La composición de la leche materna es uno de ellos. Por ejemplo, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga de la leche materna se relacionan con el desarrollo intelectual y la grelina y la leptina con la regulación del apetito. Además, la leche materna contiene anticuerpos contra determinados patógenos y otros factores inmunológicos no específicos que protegen de infecciones. El modo de administración de LM, extraída y suministrada en biberón o directamente del seno materno, también influye en ciertas patologías como obesidad o maloclusión. Con respecto a la salud de la madre, la mayoría de los beneficios derivan del efecto hormonal de producir leche materna durante un periodo prolongado.

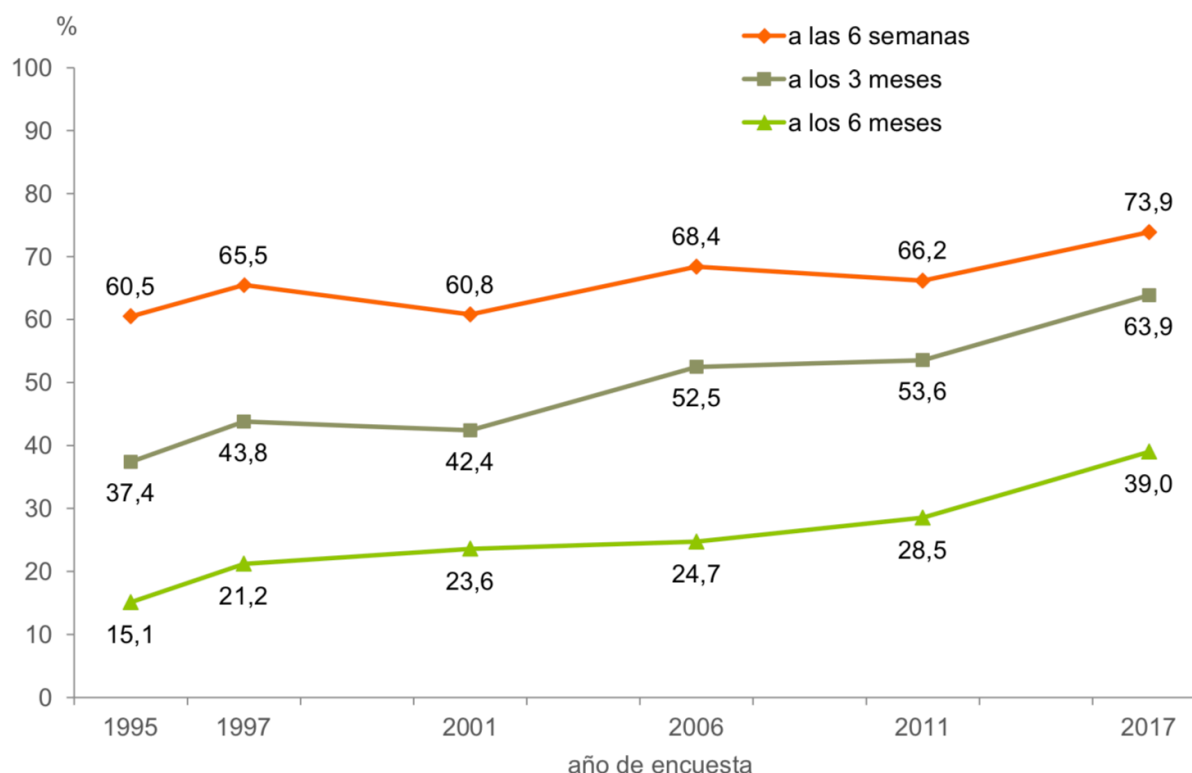
Los beneficios de la LM también afectan al ámbito económico. La LM es probablemente la intervención sanitaria que genera mayores beneficios con menores costes económicos y es una de las medidas sanitarias más inteligentes por las que puede apostar un país para lograr un futuro con prosperidad. Según un informe elaborado por la OMS y UNICEF, cada dólar invertido en conseguir que una madre dé el pecho genera 35 dólares en beneficios económicos. Una inversión de 5.7 billones de dólares permitiría alcanzar el objetivo de la OMS para los índices de LME a los 6 meses en 2025 y podría salvar la vida de 520.000 niños <sup>9</sup>.

Las instituciones sanitarias internacionales recomiendan establecer sistemas de registro y monitorizar periódicamente la evolución de las cifras de LM mediante encuestas que revelen la incidencia, la duración y los condicionantes o barreras percibidas por las madres y, de este modo, dirigir los esfuerzos y recursos en la dirección adecuada.

En nuestro país, encontramos poca información oficial sobre tasas de LM. Los datos existentes provienen de estudios de prevalencia realizados por profesionales en algunas comunidades autónomas. A nivel nacional los datos se extraen de las Encuestas Nacionales de Salud (ENSE) que incluyen algunas preguntas sobre la LM. Su comparación con los resultados de otros países puede resultar limitada ya que no se utiliza la metodología recomendada por la OMS <sup>10</sup>. Los últimos datos corresponden a 2017 y establecen una evolución favorable en los patrones de lactancia desde 1995. El

mayor incremento se produce en los últimos años, especialmente en lo referido a lactancia exclusiva con casi el 40% a los 6 meses en 2017 comparado con un 28.5% en 2012 <sup>11-12</sup>.

**FIGURA 1:** LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA 1995-2017. Población de 6 meses a 4 años. Fuente: Encuesta Nacional de Salud España 2017.



Aunque el progreso en España es favorable, estas cifras están aún lejos de los objetivos internacionales dictados por la OMS. Para alcanzarlos, resulta necesaria la implantación de medidas multidisciplinarias a nivel sanitario, comenzando por una correcta información de profesionales y padres, y de políticas económicas y sociales encaminadas a la promoción de la LM para, de este modo, eliminar las barreras que dificultan aumentar los índices de LM.

Asimismo, sería de gran ayuda mejorar los sistemas de monitorización y registro del seguimiento de la LM a nivel regional y estatal; de este modo se podrían comparar los datos con otras fuentes de un modo más fiable. En este aspecto destaca la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), un protocolo lanzado por la OMS y UNICEF que anima a los hospitales y centros de salud a adoptar

medidas que promuevan la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. La IHAN exige a los centros que deseen obtener la acreditación, entre otros requisitos, la realización de una encuesta de prevalencia de LM que tiene como base los indicadores propuestos por la OMS.

Los objetivos de nuestro estudio son los siguientes: A) conocer las características de la LM, en términos de prevalencia y duración, en el área de Cabezón de Pisuerga (Valladolid); B) analizar los factores asociados a la LM; C) conocer las causas de no inicio y de abandono de LM; D) comparar los resultados con los obtenidos a nivel nacional, con otros estudios realizados con anterioridad y con los objetivos propuestos por la OMS a nivel mundial para 2025.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio observacional que incluye variables medidas de forma retrospectiva, realizado entre octubre de 2018 y mayo de 2019 sobre una muestra de 78 niños nacidos entre 2016 y 2018, adscritos al Centro de Salud de Cabezón de Pisuerga (Valladolid). Del total de la muestra, se excluyó los menores de 6 meses en el momento de realizar el estudio y aquellos con cuyas madres no se pudo establecer contacto telefónico. Finalmente, el número de madres entrevistadas fue de 55.

La recogida de datos se realizó: por un lado, revisando la historia clínica de los niños en el centro de salud, recogiendo variables sociodemográficas y relativas al parto y, posteriormente, por medio de un cuestionario telefónico realizado a sus madres.

Las variables sociodemográficas se pueden consultar en el Anexo 1. El cuestionario telefónico empleado se puede consultar en el Anexo 2.

El desarrollo del estudio fue aprobado por Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este el día 22 de noviembre de 2018. Los datos se recogieron del centro de salud el día 28 de diciembre de 2018 y las encuestas telefónicas se realizaron entre enero y febrero de 2019.

Las mujeres fueron informadas de los objetivos del estudio antes de iniciar la encuesta e invitadas a participar de forma voluntaria. Dieron su consentimiento informado de forma telefónica y se aseguró que sus datos y los de sus hijos serían tratados de forma anónima.

El diseño de la encuesta telefónica supone una adaptación de las preguntas referentes a la LM del cuestionario de menores de la Encuesta Nacional de Salud de 2017 (preguntas 64-69) <sup>10</sup> junto a otras de respuesta múltiple sobre las causas de finalización o no inicio de LM y sobre la asistencia a curso preparto y postparto, siguiendo la metodología de la encuesta de prevalencia realizada en 2017 en la Comunidad de Madrid <sup>13</sup>.

## **Variables**

Las variables analizadas en el estudio incluyen variables de tipo sociodemográfico relativas al niño y otras relativas a la madre, variables relativas al parto y variables relativas a la lactancia.

Las variables de lactancia incluyen: si el niño ha recibido lactancia materna alguna vez, si continuaba con lactancia materna al alta hospitalaria, el tiempo total en meses que ha recibido lactancia materna, si el niño ha recibido lactancia materna como único alimento o bebida (durante al menos un mes), el tiempo total en meses que ha recibido lactancia materna como único alimento o bebida, el tipo de lactancia predominante a los 6 meses de vida y las causas de finalización o no inicio de LM.

Los indicadores de lactancia utilizados en el estudio para definir el tipo de lactancia a los 6 meses de vida son los siguientes: *Lactancia materna (LM)*, si recibe leche materna independientemente de que también reciba leche artificial o cualquier otro alimento. *Lactancia materna exclusiva (LME)*, si recibe exclusivamente leche materna como único alimento o bebida. *Lactancia materna mixta*, si recibe lactancia artificial además de leche materna. *LM con introducción de la alimentación complementaria*, si recibe leche materna como alimento principal y en ningún caso preparados lácteos artificiales y han iniciado la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves a los 4 o 5 meses de edad. *Lactancia artificial (LA)*, si se alimenta exclusivamente con preparados artificiales.

## **Análisis estadístico**

Inicialmente se realiza un análisis descriptivo de las variables y posteriormente inferencia poblacional con un intervalo de confianza al 95%. Las variables cualitativas se expresan como su distribución de porcentajes y las variables cuantitativas incluyen la media y desviación estándar (DE) expresando meses de lactancia materna total (LMT) y meses de lactancia materna exclusiva (LME), respectivamente.



Se realiza un análisis estadístico para variables cualitativas mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson que relaciona variables independientes como la gemelaridad, la multiparidad, el tipo de parto, la edad de la madre o la asistencia a cursos preparto con variables respuesta de lactancia; inicio de LM y su mantenimiento al alta hospitalaria y al año de vida, inicio de LME y su mantenimiento a los 6 meses y tipo de lactancia a los 6 meses.

Por otra parte, se realiza una prueba de Mann-Whitney-Wilcoxon que relaciona la lactancia materna total y la lactancia materna exclusiva en meses con las variables independientes anteriormente nombradas.

El análisis estadístico se realizó con el paquete IBM® SPSS® Statistics versión 25. Se considera como estadísticamente significativos los contrastes de hipótesis con un nivel de significación “ $p < 0.05$ ”.

## **RESULTADOS**

Del total de la muestra inicial de 78 niños y niñas, el número de madres entrevistadas fue de 55. La edad media de los niños es de 22,1 meses (desviación típica; DE: 9,7). Un 52,7% son de género masculino y un 47,3% femenino. Doce niños son gemelares, lo que supone un 21,8% del total. Tres niños fueron nacidos pretérmino y siete presentaron bajo peso al nacimiento (<2500 gr). Un 40% de las madres son mayores de 35 años. El resto de las variables sociodemográficas de la muestra se pueden consultar en el Anexo 1.

Con respecto a las variables relativas a la lactancia materna, un 90,9% (IC 95% 80-97) iniciaron lactancia materna en el hospital y un 85,5% (IC95% 73,3-93,5) continuaba con LM al alta hospitalaria. Las madres que iniciaron LME en algún momento fueron 29, lo que supone prevalencias del 52,7%. La duración de la LM total fue de 5,6 meses de media (DE: 4,7; IC95% 4,4-6,8) y la LME duró 2,2 meses de media (DE: 2,4; IC95% 1,6-2,8).

TABLA 1

	Media	Desviación típica	IC95%
Lactancia materna total (meses).	5,6	4,7	4,4 - 6,8
Lactancia materna exclusiva (meses).	2,2	2,4	1,6 - 2,8

Las prevalencias descritas disminuyen a medida que aumenta la duración de la lactancia siendo la lactancia artificial el tipo predominante a los 6 meses de vida con un 52% de los niños (IC95%: 38,8-66,3), seguida por la lactancia mixta en un 25.5% (IC95%: 14,7-39). La tasa de LME a los 6 meses es solamente del 12,7% (IC95%: 5,3-24,5). La prevalencia de LM continuada al año de vida es del 14,6%.

La distribución porcentual de LM y LME por meses, hasta los 15 meses de edad, queda reflejada en la Figura 2. Los resultados del resto de variables de lactancia de la muestra y su correspondiente inferencia poblacional se detallan en las Tablas 2 a 6. El tipo de lactancia a los 6 meses se representa en la Figura 3.

FIGURA 2: Distribución porcentual de lactancia materna y lactancia materna exclusiva.

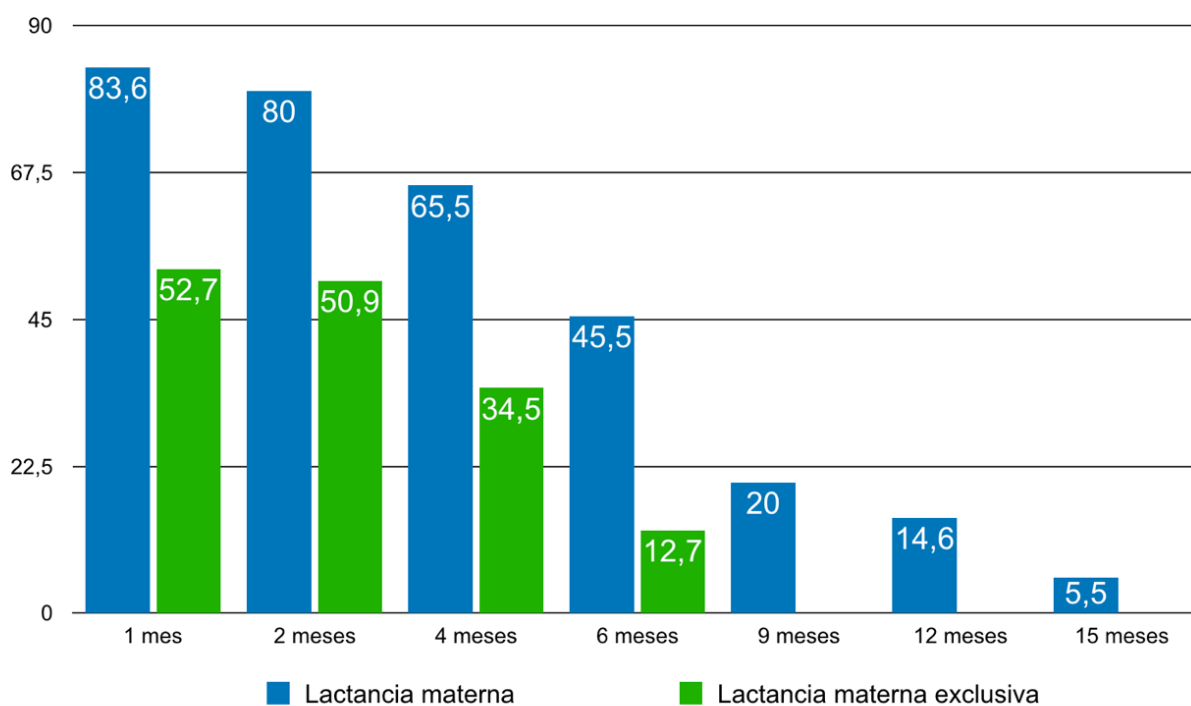


TABLA 2

Lactancia materna (alguna vez).	N	%	IC95%
- No	5	9,1	3-20
- Sí	50	90,9	80-97

TABLA 3

Lactancia materna al alta hospitalaria.	N	%	IC95%
- No	8	14,5	6,5-26,7
- Sí	47	85,5	73,3-93,5

TABLA 4

Lactancia materna continuada al año de vida.	N	%	IC95%
- No	47	85,5	75,8-95,1
- Sí	8	14,5	4,9-24,2

TABLA 5

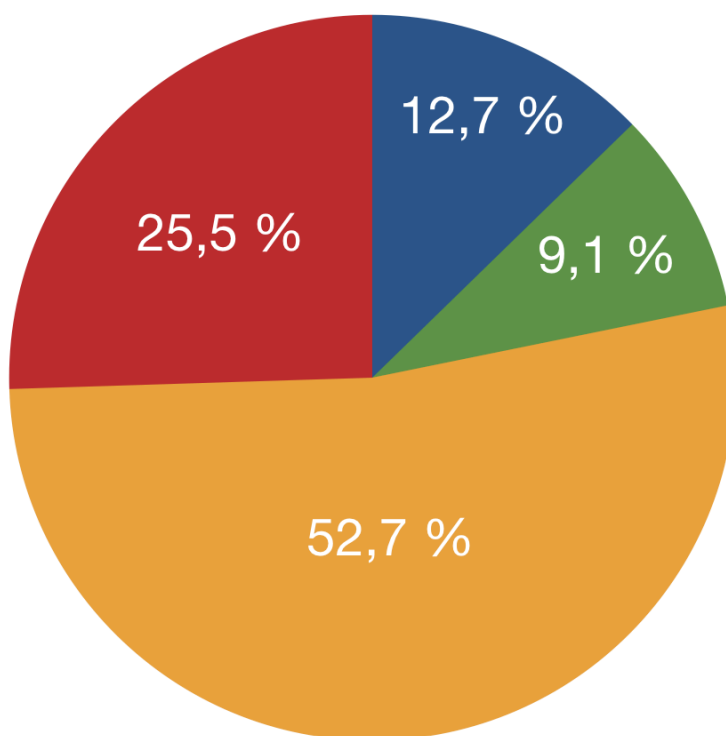
Tipo de lactancia a los 6 meses.	N	%	IC95%
- Artificial	29	52,7	38,8-66,3
- Materna con alimentación complementaria	5	9,1	3-20
- Materna exclusiva	7	12,7	5,3-24,5
- Mixta	14	25,5	14,7-39

TABLA 6

Lactancia materna exclusiva (mantenida al mes de vida).	N	%	IC95%
- No	26	47,3	33,7-60,9
- Sí	29	52,7	39,1-66,4

**FIGURA 3:** Tipo de lactancia a los 6 meses.

- Lactancia materna exclusiva
- Lactancia artificial
- Lactancia materna con inicio de alimentación complementaria
- Lactancia mixta



Los niños que a los 6 meses fueron alimentados predominantemente con lactancia materna, y en ningún caso con preparados lácteos artificiales, pero que ya habían iniciado la introducción de la alimentación complementaria y que, según las definiciones de la OMS, no podemos denominar lactancia materna exclusiva, fueron 5.

Entre las razones que las madres que iniciaron LM en algún momento comunicaron como causas principales para finalizarla destaca la producción insuficiente de leche (40%), que el niño dejó de mamar (24%), el deseo propio de dejar de dar el pecho (20%), la incorporación al trabajo (14%), la escasa ganancia de peso del niño (14%), problemas de salud en la madre (12%), que dar el biberón les resultaba más cómodo (8%) y que presentaron molestias en el pecho como dolor, grietas o mastitis (4%).

Entre las madres que no iniciaron nunca LM encontramos un caso por problemas de salud en el niño, cuatro argumentaron que dar el biberón les resultaba más cómodo y de éstas, dos añadieron que piensan que la leche artificial es igual de adecuada.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas relativas a la lactancia materna en la edad gestacional, el peso al nacimiento, la edad de la madre, el tipo de parto, la asistencia a curso postparto, el tipo de hospital, el uso de chupete, el consumo de tabaco, la situación laboral de la madre ni en el nivel de estudios de la madre.

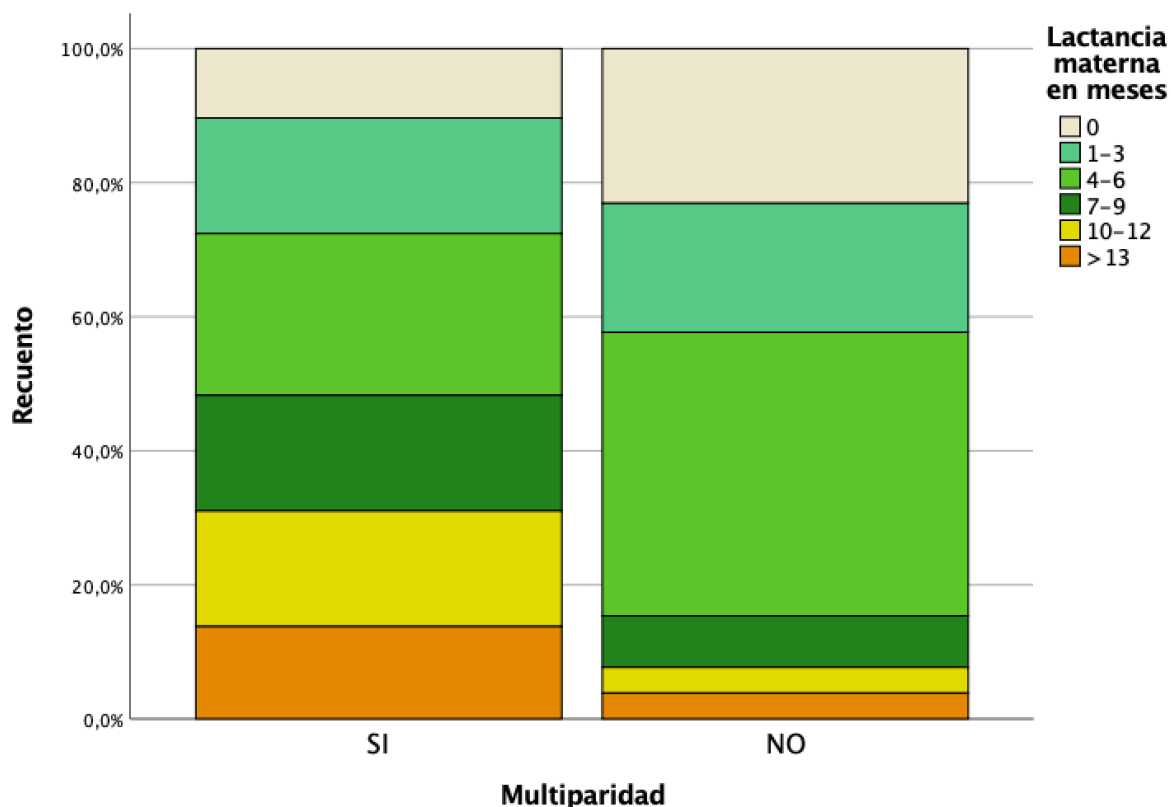
No se obtiene significación estadística en relación con el inicio de LM, con su mantenimiento al año de vida, con los meses de lactancia materna exclusiva ni con el tipo de lactancia predominante a los 6 meses.

Las madres de lactantes gemelos mantienen LME hasta el mes de vida en menor proporción que las madres con embarazo único ( $p=0,03$ ). Entre las madres que dan LME al menos hasta el mes de vida encontramos que la mayoría son multíparas; en cambio, las madres de bebés alimentados con fórmula artificial son en su mayoría primíparas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,045$ ).

Las madres que al mes de vida habían alimentado a su bebé exclusivamente con LM asistieron a los grupos preparto en menor proporción que aquellas que ya habían introducido leche de fórmula ( $p=0.034$ ). Esto podría resultar paradójico; sin embargo, consideramos la multiparidad como un claro factor de confusión, ya que las madres que ya habían tenido hijos no asistieron a los cursos preparto y talleres de lactancia en ese embarazo.

Se observó una asociación entre los meses de lactancia materna y la multiparidad con un valor de significación  $p=0,022$ . Las madres multíparas dan más lactancia materna y ésta es de mayor duración. En la Figura 3 queda reflejada la distribución de lactancia materna en función de la multiparidad. Observamos que en el grupo de multiparidad casi el 50% de las madres dan LM por encima de los 7 meses de edad y tan solo un 10% no llega al mes. En cambio, en el grupo de primíparas más de un 20% no alcanzan el mes de LM y observamos menos del 20% a partir de los 7 meses.

**FIGURA 3:** Distribución de lactancia materna en meses en función de la multiparidad.



## DISCUSIÓN

La lactancia materna está recomendada internacionalmente como alimento idóneo para el recién nacido hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva y complementada con otros alimentos hasta los 2 años de vida <sup>1</sup>.

En nuestro medio, según los últimos datos publicados a nivel nacional que corresponden a la ENSE de 2017, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, se estima una prevalencia de lactancia materna exclusiva de casi el 40% a los 6 meses <sup>11</sup>. Tasas que se encuentran aún lejos de los objetivos dictados por la OMS para 2025 de al menos el 50% <sup>4</sup>.

En nuestro estudio obtenemos una prevalencia de LME del 12,7% a los 6 meses, cifras significativamente inferiores a las obtenidas a nivel nacional y en otros estudios realizados previamente en Castilla y León <sup>14</sup> y en la Comunidad de Madrid <sup>13</sup> que obtienen prevalencias del 27,5% y 25,4%, respectivamente. Asimismo, el 52,7% de madres eligen la LME para alimentar a su bebé y ésta dura 2,2 meses de media (DE: 2,4), cifra muy inferior a lo referido por sendos estudios; 81,2% y 77%. En cambio, un

estudio realizado en un centro de salud de Zaragoza <sup>15</sup> en 2015 obtiene cifras similares a las de nuestra muestra, con un 15,8% de LME a los 6 meses y una duración media de 2,5 meses.

Con respecto a la LM total, incluyendo LME y LM mixta, los datos obtenidos en nuestro estudio no difieren en exceso a los publicados en Castilla y León, Comunidad de Madrid y Zaragoza, con un inicio del 90,9% y una duración media de 5,6 meses.

En relación con las causas de finalización de LM, la razón principal de nuestro estudio es la producción insuficiente de leche (40%), muy similar al realizado en la Comunidad de Madrid (36%) y ligeramente superior al obtenido por Marta Díaz-Gómez et al. <sup>3</sup> en su estudio sobre motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación con la LM (29%).

Un aspecto para considerar en nuestra población es el inicio de la alimentación complementaria, en varios casos, antes de los 6 meses de edad. En niños amamantados no se han encontrado evidencias a favor de la introducción de la alimentación antes de los 6 meses y, en cambio, sí se produce un aumento de infecciones <sup>16</sup>. En esta línea, las recomendaciones abogan por el mantenimiento de la LME hasta los 6 meses y el inicio de la alimentación complementaria en este momento y de forma paulatina <sup>17-18</sup>.

Este hecho podría explicar la baja prevalencia de LME a los 6 meses en nuestra muestra, al no incluir a estos niños, y que la principal causa de abandono sea la hipogalactia, ya que el inicio precoz de la alimentación incrementa el riesgo de abandono de LM por descender la producción de leche materna.

La realización de este estudio nos permite concluir que la lactancia materna es una medida sanitaria que requiere un cambio a nivel social y cultural para alcanzar unos niveles acordes con los objetivos marcados por la OMS. Los evidentes beneficios, no solo en salud, sino también en términos económicos, deben llegar a todos los niveles y generar un cambio social que obligue a la generación de políticas adecuadas encaminadas a su promoción y a eliminar prejuicios e interpretaciones individuales. Otro punto para tratar es la escasez de estudios realizados en nuestro país. Es necesaria la realización de un mayor número de estudios epidemiológicos y unos criterios comunes en la recogida de datos para comparar resultados.

## **Limitaciones del estudio**

Consideramos el tamaño de la muestra como principal limitación del estudio. El hecho de que todos los niños de la muestra estén adscritos al mismo centro de salud nos limita la capacidad de extrapolar nuestras conclusiones a una población de referencia. En cambio, nos permite conocer con precisión las características de la LM en Cabezón de Pisuerga y facilita adoptar medidas que la promociónen.

Al tratar los datos de forma retrospectiva no podemos hacer un seguimiento adecuado de la LM en cada caso. Además, en algunas madres se realiza la encuesta hasta tres años después del nacimiento del bebé y no podemos asegurar que no exista un sesgo de memoria que sobreestime los resultados. Aún así, al tratarse de un evento relativamente reciente e importante en la vida de las madres, no consideramos que la diferencia sea significativa.

El hecho de recoger los datos del estudio en parte a través de una encuesta telefónica ha supuesto una gran dificultad para establecer contacto con las madres. En numerosos niños ha sido necesario llamar varias veces y en algún caso concertar cita para realizar la encuesta.

Un niño había fallecido en el momento de elegir los participantes y fue excluido. En una pareja de gemelos se ha realizado la encuesta al padre por no poder establecer comunicación con la madre, por problemas del idioma.



## CONCLUSIONES

- Los organismos internacionales recomiendan la leche materna como el mejor alimento para el lactante. En nuestro país aún es necesario un cambio social y cultural que promocióne la lactancia materna hasta alcanzar cifras adecuadas.
- En nuestra serie observamos una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 12,7% a los 6 meses, cifras significativamente inferiores a las obtenidas a nivel nacional y a los objetivos de la OMS para 2025.
- Los datos de lactancia materna total en nuestro estudio no difieren en exceso a los publicados anteriormente con un inicio del 90,9% y una duración media de 5,6 meses.
- En el presente trabajo los factores asociados a la lactancia materna son la multiparidad, la gemelaridad y la asistencia a los cursos preparto.
- En nuestro estudio, la causa principal para finalizar la lactancia materna es la producción insuficiente de leche.
- Es necesaria la realización de un mayor número de estudios con una metodología homogénea, con el fin de conocer la prevalencia y características de la lactancia materna en España.

## BIBLIOGRAFÍA

---

<sup>1</sup> World Health Organization, UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Ginebra: Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 10 de enero de 2019].

<sup>2</sup> Breastfeeding SO. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics*. 1 de marzo de 2012;129(3):e827-41.

<sup>3</sup> Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C, Díaz-Gómez NM, et al. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2016 [citado 14 de enero de 2019];90.

<sup>4</sup> WHO | Global Nutrition Targets 2025: Policy brief series [Internet]. WHO. [citado 20 de febrero de 2019].

<sup>5</sup> Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. enero de 2016;387(10017):475-90.

<sup>6</sup> Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*. 2015;104(S467):3-13.

<sup>7</sup> Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 2015;104(S467):1-2.

<sup>8</sup> Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr*. 2017;13(1).

<sup>9</sup> WHO | Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding [Internet]. WHO. [citado 11 de enero de 2019].

<sup>10</sup> WHO | Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. WHO. [citado 20 de febrero de 2019].

---

<sup>11</sup> Cardona MS. ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. 2017;37.

<sup>12</sup> Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 10 de enero de 2019].

<sup>13</sup> 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 (Barc)*. 1 de julio de 2018;89(1):32-43.

<sup>14</sup> 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. *Pediatría Atención Primaria*. marzo de 2011;13(49):33-46.

<sup>15</sup> 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. *Pediatría Atención Primaria*. marzo de 2015;17(65):17-26.

<sup>16</sup> Quigley MA, Carson C, Sacker A, Kelly Y. Exclusive breastfeeding duration and infant infection. *Eur J Clin Nutr*. 2016;70(12):1420-7.

<sup>17</sup> Recomendaciones de la AEPED sobre alimentación complementaria | Asociación Española de Pediatría [Internet]. [citado 9 de mayo de 2019].

<sup>18</sup> Kathryn GD. Complementary Feeding and Breast-feeding. *Pediatrics*. 2000;106;1301-1302.

## ANEXOS

### ANEXO 1: CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA E INFERENCIA POBLACIONAL. Variables sociodemográficas y relativas al parto.

	N	%	IC95%	
<b>Género</b>				
- Niño	29	52,7	38,8	66,3
- Niña	26	47,3	33,7	61,2
<b>Edad gestacional</b>				
- Término	52	94,5	84,9	98,9
- Pretérmino	3	5,5	1,1	15,1
<b>Peso al nacimiento</b>				
- <2500g	7	12,7	5,3	24,5
- >2500g	8	14,5	6,5	26,7
- 2500-3500 g	40	72,7	59	83,9
<b>Edad materna</b>				
- <=35 años	33	60	45,9	73
- >35 años	22	40	27	54,1
<b>Tipo de parto</b>				
- Cesárea	20	36,4	23,8	50,4
- Eutócico	28	50,9	37,1	64,6
- Instrumental	7	12,7	5,3	24,5
<b>Curso preparto</b>				
- No	23	41,8	28,7	55,9
- Sí	32	58,2	44,1	71,3
<b>Curso postparto</b>				
- No	51	92,7	82,4	98
- Sí	4	7,3	2	17,6
<b>Tipo de hospital</b>				
- Público	54	98,2	90,3	100
- Privado	1	1,8	0	9,7
<b>Multiparidad</b>				
- No	26	47,3	33,7	61,2
- Sí	29	52,7	38,8	66,3

Gemelaridad				
- No	43	78,2	65	88,2
- Sí	12	21,8	11,8	35
Lugar de trabajo de la madre				
- No trabajo/trabajo en casa.	26	47,3	33,7	61,2
- Trabajo fuera de casa	29	52,7	38,8	66,3
Madre fumadora				
- No	48	87,3	75,5	94,7
- Sí	7	12,7	5,3	24,5
Uso de chupete				
- No	16	29,1	17,6	42,9
- Sí	39	70,9	57,1	82,4
Nivel de estudios de la madre				
- Secundarios o superiores	49	89,1	80,6	97,6
- Sin estudios o primarios	6	10,9	2,4	19,4

## ANEXO 2: CUESTIONARIO TELEFÓNICO

### **CUESTIONARIO**

**Edad:**

**Edad gestacional:**

**Peso al nacimiento:**

**Edad de la madre al nacimiento:**

**Tipo de parto:**

1. Eutócico
2. Instrumental
3. Cesárea

- 
- **¿Ha recibido LM alguna vez, aunque fuera durante un breve periodo de tiempo?**

- **SI:**

**a. ¿Continuaba amamantando cuando le dieron el alta del hospital y se fue a casa?**

1. Sí
2. No

**b. ¿Durante cuánto tiempo le dio el pecho en total? Aunque estuviera recibiendo lactancia artificial u otros alimentos.**

1. .... días
2. .... semanas
3. .... meses
4. Continúa con LM

**c. ¿Cuándo empezó a tomar otros alimentos o bebidas?**

1. .... días
2. .... semanas
3. .... meses

**d. ¿Ha recibido LM exclusiva como único alimento o bebida? Incluye vitaminas, minerales y medicamentos. No incluye agua, zumos, leches artificiales ni cualquier otro alimento.**

- NO

- SI:

○ **¿Durante cuánto tiempo recibió LM como único alimento o bebida?**

- i. .... días
- ii. .... semanas
- iii. .... meses
- iv. Continúa con LM exclusiva

---

**e. ¿Cuál es la razón o razones por las que terminó la LM?**

1. Trabajo
2. Deseo propio de dejar de dar el pecho
3. El biberón es más cómodo
4. Producción insuficiente de leche
5. Escasa ganancia de peso del niño
6. Molestias y problemas en el pecho
7. El niño dejó de mamar
8. Consejo de un profesional sanitario
9. Consejo de pareja /familiar/amigos
10. Problemas de salud en la madre
11. Problemas de salud en el niño

- **NO:**

**a. ¿Cuál es la razón o razones por las que nunca recibió LM?**

1. Trabajo
2. Deseo propio de no dar el pecho
3. El biberón es más cómodo
4. Pensamiento de que la leche artificial es igual de adecuada
5. Consejo de un profesional sanitario
6. Consejo de pareja /familiar/amigos
7. Problemas de salud en la madre (incluidos problemas con el pecho)
8. Problemas de salud en el niño

• **¿Ha recibido durante algún tiempo lactancia artificial?**

1. Sí: ¿cuándo empezó?

- i. .... días
- ii. .... semanas
- iii. .... meses

2. NO

- 
- **Antes del parto, ¿participó usted en algún curso preparto?**
    1. Sí
    2. No
      - i. No pueden
      - ii. No quieren
      - iii. Desconocía su existencia/No había
      - iv. Experiencia con hijos previos
  
  - **Tras el parto, ¿participó usted en algún taller de lactancia o grupo de apoyo a la lactancia?**
    1. Sí
    2. No
      - i. No pueden
      - ii. No quieren
      - iii. Desconocía su existencia/No había
      - iv. Experiencia con hijos previos
  
  - **El hospital donde nació, ¿es público o privado?**
    1. Público
    2. Privado
  
  - **¿Me puede indicar su situación laboral en el momento de dar el pecho?**
    1. Trabajo fuera de casa
    2. No trabajo/Trabajo en casa
  
  - **¿Usted fuma?**
    1. Sí
    2. No
  
  - **¿Ha usado chupete mientras recibía LM?**
    1. Sí
    2. No



- 
- **¿Piensa que tiene apoyo familiar?**
    1. Sí
    2. No
    3. Ns/Nc
  
  - **¿Tiene otros hijos?**
    1. Sí
      - i. Especificar cuántos:
      - ii. Gemelar: Sí, No
    2. No
  
  - **¿Considera usted que hay otros lactantes cerca de su entorno?**
    1. Sí
    2. No
  
  - **¿Cuál es su nivel de estudios?**
    1. Sin estudios/estudios primarios.
    2. Estudios secundarios
    3. Estudios superiores
  
  - **¿Cual es su situación en el hogar?**
    1. Vive con su pareja e hijo/s
    2. Vive sola con su/s hijo/s
    3. Vive con su pareja, hijos y otros familiares