

Original

Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa



Madalen Oribe^a, Aitana Lertxundi^{a,b}, Mikel Basterrechea^{a,c,d}, Haizea Begiristain^a, Loreto Santa Marina^{a,c,d}, María Villar^a, Miren Dorronsoro^{a,d,e}, Pilar Amiano^{a,c,d} y Jesús Ibarluzea^{a,c,d,e,*}

^a Instituto de investigación Sanitaria, BIODONOSTIA, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, UPV/EHU, Leioa, Vizcaya, España

^c Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Gobierno Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^e Dirección de Salud Pública y Adicciones, Departamento de Salud del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de marzo de 2014

Aceptado el 8 de agosto de 2014

On-line el 23 de septiembre de 2014

Palabras clave:

Lactancia materna

Lactancia materna exclusiva

Abandono precoz de la lactancia materna

Factores de riesgo

Hipogalactia

Escasa ganancia de peso

R E S U M E N

Objetivos: Estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Guipúzcoa durante los primeros 6 meses de vida del bebé. Identificar las razones de su abandono y determinar los factores asociados.

Método: La población de estudio está formada por 638 mujeres embarazadas (www.proyectoinma.org) seguidas desde el primer trimestre de embarazo hasta los 14 meses de edad de sus hijos. Para determinar los factores asociados con el abandono de la lactancia materna exclusiva se utilizan modelos de regresión logística en dos etapas diferentes (4 meses/fase temprana y 6 meses/fase tardía).

Resultados: La prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 84,8% al alta hospitalaria, el 53,7% a los 4 meses y el 15,4% a los 6 meses de vida. Las razones descritas por las madres sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva asociadas a la fase temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia. Otros factores que influyen en la etapa temprana son la intención previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, la paridad, la comarca de residencia y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad.

Conclusiones: Los resultados de este estudio pueden ser de utilidad para los profesionales sanitarios y desde una perspectiva de salud pública, ya que permiten diseñar estrategias para apoyar a las madres lactantes, teniendo en cuenta las razones principales de abandono temprano y tras la reincorporación a la vida laboral.

© 2014 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa

A B S T R A C T

Keywords:

Breastfeeding

Exclusive breastfeeding

Early breastfeeding cessation

Risk factors

Hypogalactia

Low weight gain

Objective: To estimate the prevalence of exclusive breastfeeding (EB) during the first 6 months of life in the Gipuzkoa birth cohort, identify the reasons for abandonment of EB, and establish the associated factors.

Methods: The study population consisted of 638 pregnant women from the INMA-Gipuzkoa (Infancia y Medio Ambiente, www.proyectoinma.org) birth cohort, who were followed up from the third trimester of pregnancy until the child was aged 14 months. To determine the factors related to abandonment of EB, logistic regression models were used in two different stages (4 months or early stage and 6 months or late stage).

Results: The prevalence of EB within the Gipuzkoa cohort was 84.8% after hospital discharge, 53.7% at 4 months of life and 15.4% at 6 months of life. The reasons given by the mothers for early EB cessation were: breastfeeding problems, low weight gain and hypogalactia. Other factors influencing the early phase were the intention to provide EB, parity, area of residence and social class. Abandonment in the late stage was influenced by the length of maternity leave.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mambien3-san@ej-gv.es (J. Ibarluzea).

Conclusions: From a public health perspective, the results of this study could help health professionals to develop strategies to support breastfeeding mothers, taking into account the main reasons for early and late abandonment.

© 2014 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En las últimas décadas, diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva, que se define como la alimentación basada exclusivamente en leche materna (a excepción de suplementos vitamínicos, minerales o la toma de medicamentos), aporta beneficios tanto para el/la hijo/a como para la madre, a corto y largo plazo¹⁻³. Durante los primeros 6 meses de vida, los niños alimentados con lactancia materna exclusiva tienen menor riesgo de padecer diarrea, infecciones respiratorias, otitis media y síndrome de muerte súbita en comparación con los niños alimentados con lactancia artificial¹⁻³. A largo plazo, la lactancia materna exclusiva se asocia con una menor tendencia a la obesidad y a la diabetes, y con mejores puntuaciones en las pruebas de desarrollo intelectual y motor^{2,3}. Respecto a las madres, las que amamantan tienen menores tasas de sangrado posparto, y a largo plazo se reducen el riesgo de cáncer de mama y ovario y las tasas de obesidad^{2,4}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las autoridades sanitarias (Asociación Española de Pediatría, Dirección General para la Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante, y la complementación con otro tipo de alimentos hasta los 2 años o más de edad⁵⁻⁷.

A pesar de sus beneficios, la prevalencia de la lactancia materna exclusiva es muy baja. En todo el mundo, los/las niños/as menores de 6 meses alimentados con lactancia materna exclusiva no llegan al 40%⁸. En España, la prevalencia para las primeras 6 semanas de vida es del 66,2%, para los 3 meses es del 53,6% y para los 6 meses es del 28,5%⁹. En comparación con otros países, esta prevalencia se situaría en un nivel intermedio; los países nórdicos, Japón, Canadá y Nueva Zelanda son los que muestran prevalencias más altas (71% a 81%) a los 3 meses, mientras que países como Reino Unido, Estados Unidos, Irlanda y Francia muestran prevalencias inferiores (15% a 43% a los 3 meses, 0,2% a 14% a los 6 meses)^{8,10}.

Diversos estudios han concluido que las características socio-demográficas influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva, siendo las madres de menor edad, las solteras, las de un nivel socioeconómico menor, primíparas y con un menor nivel de educación las que llevan a cabo una lactancia materna exclusiva más reducida^{11,12}. Otra variable importante en relación con la duración de la lactancia materna exclusiva es la situación laboral de la madre. Para las trabajadoras, la falta de apoyo en el trabajo es la barrera más importante para no poder seguir con la lactancia materna exclusiva^{13,14}. Una razón añadida es la percepción de no tener leche suficiente (hipogalactia), pero se estima que sólo en un 5% de los casos tal percepción se corresponde con la realidad^{11,15}. Este último motivo, junto con la concepción prenatal sobre la lactancia materna exclusiva (el interés y la confianza de la madre, entre otros), podrían llegar a tener más impacto que las variables sociodemográficas¹¹.

El presente estudio se ha realizado a partir de la información obtenida en la cohorte INMA (Infancia y Medio Ambiente) de Guipúzcoa. El proyecto INMA tiene como objetivo estudiar los efectos en la infancia derivados de las exposiciones durante el embarazo y la primera infancia a diferentes tóxicos ambientales. El seguimiento de las diadas madre e hijo/a permite analizar conjuntamente las prevalencias de la lactancia materna exclusiva con las razones y los factores de abandono, características que han sido escasamente analizadas en un mismo estudio. Los objetivos perseguidos son

determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de la cohorte de Guipúzcoa y compararla con la de otros países, conocer las razones más importantes para el abandono de la lactancia materna exclusiva según las madres, e identificar los factores sociodemográficos asociados a las causas de abandono referidas.

Métodos

Diseño y población de estudio

El proyecto INMA se constituye a partir de las cohortes de base poblacional de diadas madre-niño que fueron reclutadas en diferentes áreas de España siguiendo un protocolo común¹⁶. En el análisis que presentamos se utiliza la información correspondiente al seguimiento del embarazo, del parto y de los primeros 14 meses de vida del bebé de la cohorte INMA-Gipuzkoa.

La población de estudio, cohorte de madres e hijos/as INMA-Gipuzkoa, la constituyen 638 mujeres embarazadas procedentes de tres comarcas: Alto Urola, Urola Medio y Goierri. El reclutamiento de las mujeres embarazadas se realizó durante los años 2006-2008 en el Hospital de Zumarraga, coincidiendo con la primera visita ecográfica (semana 12 de gestación) del seguimiento de su embarazo (www.proyectoinma.org)¹⁶. Se excluyeron del estudio las mujeres menores de 16 años, con embarazo múltiple, con circunstancias en las que pudiera preverse un embarazo de alto riesgo, las que no se comprometieron a dar a luz en el hospital de Zumarraga y las que no tuvieran capacidad para comunicarse en español o en euskera. Todas las que cumplieron con los criterios de inclusión y desearon participar en el estudio firmaron un consentimiento informado.

El porcentaje de mujeres con quienes se contactó y no participaron en el estudio fue de un 29,3%. Las razones principales aducidas fueron no desear participar en el estudio (27,6%), falta de tiempo (30,3%), no tener interés (9,3%) y no poder ser localizables para la primera entrevista (32,7%). En total, de las 638 madres reclutadas al inicio del seguimiento, al año y medio pudo obtenerse información de 594 madres y sus bebés. Los motivos de estas pérdidas fueron 22 abandonos, 6 pérdidas, 10 abortos espontáneos y 6 muertes (4 fetales). Finalmente se dispuso de información completa sobre la lactancia de 547 madres, y esta muestra es la que se utilizó para el cálculo de la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida; el resto (8%) no pudo participar en la fase de 14 meses aduciendo falta de tiempo y otras razones. Para el análisis de las causas de abandono la muestra se redujo a 460 madres, ya que 87 no disponían de información completa específica sobre esta cuestión. El estudio INMA fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitario de Donostia.

Recogida de datos y variables de estudio

Durante el primero y el tercer trimestre de embarazo, coincidiendo con las visitas ecográficas correspondientes al seguimiento del embarazo, se cumplimentaron dos cuestionarios generales para recoger información diversa que incluía las características sociodemográficas de las madres. En el cuestionario del primer trimestre del embarazo se recabaron datos sobre edad, paridad, índice de masa corporal, país de origen, nivel educativo (estudios primarios, secundarios/universitarios), municipio de residencia,

situación laboral (trabajo remunerado/no), tipo de trabajo y complicaciones durante el embarazo (fiebre, infección de orina, presión arterial alta, pérdida de líquido o sangre por la vagina, contracciones y otras). A partir del tipo de trabajo de la madre se construyó la variable «clase social» (manual/no manual), según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de España (CNO94)¹⁷. En el cuestionario del tercer trimestre del embarazo se preguntó a las madres por el tipo de lactancia que tenían intención de dar (lactancia materna exclusiva/lactancia artificial o no decidido) y sobre las complicaciones producidas desde la última entrevista. El día del parto se recogieron los datos sobre el tipo de parto (eutócico/cesárea), el tiempo de gestación y las características antropométricas del/de la recién nacido/a, a partir del historial médico.

A los 14 meses de vida del bebé se rellenaron los cuestionarios de nutrición, ambiental e infecciones en los centros de atención primaria de la zona de estudio. Las variables relacionadas con la lactancia se recogieron en el cuestionario de nutrición: tipo de lactancia que se había dado a lo largo de ese tiempo, razones por las que se introdujo la lactancia artificial (en caso de haberlo hecho) y quién fue la persona que aconsejó en la decisión de dejar la lactancia materna exclusiva. Se definió la lactancia materna exclusiva como la alimentación basada sólo en leche materna, a excepción de agua y zumos.

En el cuestionario ambiental se preguntaba por algún cambio (desde el primer cuestionario realizado en el primer trimestre de embarazo) en la situación laboral y en el tipo de trabajo durante este tiempo. Así mismo, se recabó información sobre el permiso de maternidad, la duración, la edad del/de la hijo/a cuando la madre se reincorporó al trabajo, el tiempo de reducción de jornada y las horas reducidas. Los cuestionarios los cumplimentaron dos encuestadores formados mediante entrevista personal.

También se recogió información sobre las razones por las que se introdujo la lactancia artificial. El ítem en cuestión constaba de siete opciones: 1) hipogalactia (déficit o poca cantidad de leche); 2) dificultad del bebé para cogerse al pecho; 3) escasa ganancia de peso del/de la niño/a; 4) experiencia negativa en una lactancia anterior; 5) cuestiones laborales de la madre; 6) problemas de salud de la madre (especificar), y 7) otros (especificar). Una vez procesados los datos, se realizaron algunas modificaciones y se reclasificaron las razones señaladas, ya que en un porcentaje muy alto de los casos (31,9%) la respuesta escogida era «otros». Esta reclasificación se basó en criterios utilizados en otros artículos publicados sobre el tema^{11,12,14}. Los motivos de hipogalactia, escasa ganancia de peso y cuestión laboral no fueron modificados, ya que como ya se ha señalado la literatura concluía que son de gran relevancia para el abandono de la lactancia materna exclusiva^{11,12,14}, y su frecuencia era relevante: 19,4%, 10,6% y 31,1%, respectivamente. Se crearon tres nuevas categorías. La primera se denominó «problemas de lactancia» y en ella se incluyeron la dificultad para cogerse al pecho, la experiencia negativa anterior y algunos problemas de salud como mastitis, grietas y dolor en el pecho. La segunda categoría se denominó «motivos relacionados con la nutrición» y aglutinó aspectos como que la madre cree que el bebé se queda con hambre o el deseo de cambiarle la dieta. La última categoría, denominada «otros motivos», incluyó respuestas de diversa índole relacionadas con que la madre ya no quiere dar más el pecho, el bebé no quiere tomar más y ciertos problemas de salud (madre asmática, toma de antibióticos, tener una prueba hospitalaria...).

Análisis estadístico

A partir del cuestionario de nutrición se calculó la prevalencia de la lactancia materna exclusiva al nacimiento y en los meses 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Posteriormente se calculó la media de duración de la lactancia materna exclusiva para cada una de las razones aducidas para su abandono. La variable «persona que aconsejó» se dividió en dos

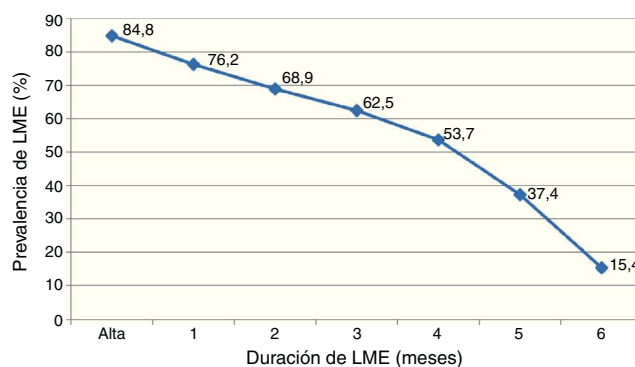


Figura 1. Prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en la cohorte de Guipúzcoa, 2008-2010.

grupos: consejo particular, que incluye familiares y amigos, y consejo profesional, que corresponde a personal sanitario. Mediante una tabla de contingencia se observó por qué razones lo aconsejaba uno u otro grupo. Para analizar la asociación de las variables sociodemográficas con la duración de la lactancia materna exclusiva, primero se realizaron dos análisis univariados mediante el test de ji al cuadrado, cada uno con un intervalo de tiempo diferente: intervalo temprano, desde el nacimiento hasta los 4 meses, e intervalo tardío desde los 4 hasta los 6 meses. Las variables asociadas con la duración de la lactancia que mostraban un valor $p \leq 0,20$ se incluyeron en los modelos de regresión logística multivariada. En el modelo final se consideraron variables significativas las que obtuvieron una $p \leq 0,05$. El software estadístico utilizado para el análisis fue SPSS 19.

Resultados

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva de la cohorte de Guipúzcoa al alta hospitalaria fue del 84,8%, a los 4 meses del 53,7% y a los 6 meses del 15,4%. La evolución de la prevalencia a lo largo de los meses se muestra en la [figura 1](#). Las características sociodemográficas de las madres y de sus bebés se observan en la [tabla 1](#).

La clasificación de las razones dadas por las madres para el abandono de la lactancia materna exclusiva, junto con el tiempo medio de lactancia materna exclusiva y la indicación de la persona que le aconsejó en la toma de dicha decisión, se muestran en la [tabla 2](#). La razón referida con más frecuencia fue la laboral (31,1%), seguida de la hipogalactia (19,4%). Los motivos que supusieron un periodo menor de lactancia materna exclusiva fueron los problemas de lactancia (1 mes), la escasa ganancia de peso (2 meses) y la hipogalactia (2 meses). Respecto a quién aconsejó a la madre en su decisión de abandonar la lactancia materna exclusiva, el profesional sanitario fue la fuente principal cuando el motivo aludido era la escasa ganancia de peso (70,8%); cuando los motivos implicados eran la hipogalactia y los problemas de lactancia, las decisiones fueron tomadas por la propia madre o por consejo de sus allegados en un 65,1% y un 84,2%, respectivamente.

Las variables asociadas con un mayor riesgo de abandono en el periodo temprano fueron que la madre no tuviera decidido antes del parto el tipo de lactancia que iba a seguir, el pertenecer a una clase social baja (manual), que la madre fuera primípara y que viviera en las comarcas de Goierri y de Urola Kosta ([tabla 3](#)). En relación con el abandono tardío ([tabla 4](#)), el factor determinante para no mantener la lactancia materna exclusiva fue el tiempo de baja por maternidad. Las madres con permisos de entre 4 y 6 meses mostraron un mayor abandono de la lactancia materna exclusiva en comparación con las mujeres que no trabajaban.

Tabla 1
Descripción de las mujeres lactantes y de sus hijos/as (n=460). Guipúzcoa, 2008-2010

	Media	DE
Características de la madre		
Edad (años)	31,4	3,5
IMC preconcepcional (kg/m ²)	22,9	3,6
	N	%
País de origen		
España	446	97,0
Extranjero	14	3,0
Comarca		
Urola-medio	94	20,4
Goierrri	196	42,6
Alto Urola	170	37,0
Estudios de la madre		
Secundarios	232	50,4
Universitarios	228	49,6
Paridad		
Primípara	261	56,7
Múltipara	199	43,3
Clase social		
Manual (IV y V)	194	42,2
No manual (I-III)	266	57,8
Baja maternal (media, semanas)		
Sí	378	96,2
No	15	3,8
Reducción de jornada (media, meses)		
Sí	143	36,4
No	250	63,6
	Media	DE
Características del bebé		
Semanas de gestación	39,8	1,4
Edad del bebé al volver al trabajo (semanas)	21,4	8,2
Peso al nacer (g)	3300,5	442,5

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

Discusión

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en la cohorte de Guipúzcoa es del 84,8% al alta hospitalaria y del 53,7% a los 4 meses de vida del bebé, pero desciende bruscamente a los 6 meses de vida (15,4%). Si se comparan estas prevalencias con las halladas en otros países (tabla 5), se observa que Suecia supera estos valores durante todas las fases, con una gran diferencia a los 6 meses (15,4% en Guipúzcoa y 75,1% en Suecia)¹⁸. Uno de los factores a los que podría atribuirse esta diferencia es el tiempo de permiso por maternidad: en Suecia se prolonga hasta los 16 meses, mientras que en España es de tan sólo 4 meses. Las prevalencias en el conjunto de España y en el País Vasco son similares a las de Guipúzcoa, aunque a los 6 meses

Tabla 2
Tiempo medio de lactancia materna exclusiva según motivo de abandono y persona que aconsejó introducir la lactancia artificial. Guipúzcoa, 2008-2010

Razones para abandonar la LME	%	Semanas LME		Fuente del consejo para introducir la LA ^a	
		Media	DE	No profesional (%)	Profesional (%)
Problemas de lactancia	9,8	4,0	7,8	84,2	15,8
Escasa ganancia de peso	10,6	8,7	7,6	29,2	70,8
Hipogalactia	19,4	9,7	8,8	65,1	34,9
Cuestión laboral	31,1	18,3	6,2	97,0	3,0
Nutrición	14,1	19,1	7,2	57,4	42,6
Otros motivos	15,0	13,4	10,2	85,7	14,3
Total	100	13,6	9,3	74,7	25,3

LME: lactancia materna exclusiva; LA: lactancia artificial; DE: desviación estándar.

^a n = 393; 30 madres no respondieron a la pregunta «quién le aconsejó introducir la lactancia artificial».**Tabla 3**
Modelo de regresión logística. Riesgo de introducir la lactancia artificial, desde el nacimiento hasta los 4 meses. Guipúzcoa, 2008-2010

	OR	(IC95%)	p
Intención de la madre			
Lactancia materna exclusiva	Ref.		
Lactancia artificial/no decidido	12,87	(5,18-32,03)	<0,001
Complicaciones			
No	Ref.		
Sí	1,42	(0,89-2,29)	0,144
Bajo peso al nacer			
No	Ref.		
Sí	1,69	(0,80-3,58)	0,172
Paridad			
Múltipara	Ref.		
Primípara	1,70	(1,09-2,64)	0,018
Edad de la madre			
>34 años	Ref.		0,213
30-34 años	0,78	(0,44-1,37)	0,388
<30 años	1,16	(0,62-2,15)	0,647
Comarca			
Alto Urola	Ref.		0,014
Goierrri	1,74	(1,10-2,74)	0,017
Urola Kosta	2,09	(1,20-3,64)	0,009
Clase social			
No manual	Ref.		
Manual	1,57	(1,05-2,35)	0,029

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 4
Modelo de regresión logística. Riesgo de introducir LA entre los 4 y los 6 meses. Guipúzcoa, 2008-2010

	OR	IC 95% Inferior	Superior	valor p
Comarca				
Alto-Urola	ref			0,157
Goierrri	1,32	0,70	2,50	0,394
Urola-Medio	2,58	0,97	6,87	0,057
Situación Laboral y Tiempo de Baja				
No trabaja	ref			0,134
≥6 meses	1,11	0,41	3,02	0,831
4-6 meses	2,65	1,05	6,71	0,040
≤4 meses	1,67	0,70	3,97	0,244

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

los porcentajes son superiores. Ninguna mujer superó los 9 meses de lactancia en nuestra zona de estudio (datos no mostrados).

Durante los primeros 3 meses posparto, las razones más comunes de abandono son los problemas de lactancia e hipogalactia, las cuales se adoptan sin la participación de ningún profesional sanitario. Estos abandonos tempranos podrían prevenirse mediante asesoramiento profesional, informando a las madres sobre los

Tabla 5
Comparación de la prevalencia de lactancia materna exclusiva de la cohorte de Guipúzcoa con la de otros estudios. Guipúzcoa, 2008-2010

Autor, país	Metodología	Año estudio	Muestra	Porcentaje de lactancia materna exclusiva (meses)						
				Alta	1	1,5	3	4	6	
Wallby et al., Suecia ¹⁸	Registro Unidad de Atención de Infancia	2009	12.197	98,6						75,1
CDC, Estados Unidos ¹⁹	Breastfeeding report card	2009	56.100	76,9			36,0			16,3
Al-Sahab et al., Canadá ²⁰	Encuesta nacional	2005-2006	5.615		63,6		54,7	41,4		13,8
BEH, Francia ²¹	Estudio Épipane	2012	2.936		35,0					
Tarrant et al., Irlanda ²²	Estudio prospectivo transversal	2009	450	33,6	23,6	17,3	15,3	8,4		0,2
INE, España ⁹	Encuesta Nacional de Salud 2012	2011-2012	2.195.300			66,2	53,6			28,5
INE, País Vasco ²³	Encuesta Nacional de Salud 2006	2006-2007	89.100			56,1	44,2			26,5
Este estudio	Cohorte INMA	2006-2008	546	84,8	76,2	71,8	62,5	53,7		15,4

beneficios de la lactancia materna exclusiva y facilitándoles el proceso mediante pautas para un manejo correcto del amamante y estando siempre dispuestos a aclarar cualquier duda que les pueda surgir²⁴. En el caso de la hipogalactia, debería informarse sobre lo poco frecuente de su ocurrencia (diagnóstico clínico del 5%), y que muchas veces se debe a la propia percepción de la madre, que puede asustarse al ver que su bebé tarda menos que antes en alimentarse^{11,15}. Esto se debe a que la criatura, a medida que crece, tiene más destreza para la succión, por lo que necesita menos tiempo para tomar la misma cantidad^{24,25}. Respecto a otros problemas como la mastitis, las grietas o el dolor, la mayoría de las madres desconoce que muchos casos podrían solucionarse y prevenirse de manera sencilla, ya sea adoptando una postura correcta o dando el pecho a demanda^{24,25}. Informando a las madres sobre estos sucesos normales en la lactancia, se les da seguridad y confianza, factor determinante a la hora de continuar con la lactancia materna exclusiva, tal como ya ha sido indicado por distintos autores y organizaciones profesionales^{11,25,26}. Sería importante dar mayor apoyo a las madres primerizas y de menor clase social, quienes tienen mayor riesgo de abandono en esta primera etapa. Teniendo en cuenta todo lo anterior, sería aconsejable impulsar una política de apoyo a la lactancia en los centros sanitarios y hospitalarios, por ejemplo mediante la obtención del certificado de centros acreditados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), impulsado por la OMS y UNICEF. Hay evidencias que señalan que los centros que aplican estas políticas mejoran sus tasas de lactancia materna exclusiva^{27,28}.

En el periodo comprendido entre los 4 y los 6 meses de edad, el factor que más influye en el abandono es la duración de la baja materna. Las madres con bajas de 4 a 6 meses de duración tienen 2,65 veces mayor riesgo de abandonar la lactancia materna exclusiva que las madres no trabajadoras. El momento de volver al trabajo es uno de los más difíciles para continuar con la lactancia materna exclusiva^{29,30}, cuestión que ha sido atribuida a las deficiencias de la política de empleo, que no facilita la continuidad de la lactancia materna en las mujeres que trabajan fuera de casa. Entre las medidas para hacer frente a este problema se han señalado el disponer de salas de lactancia para que las madres puedan sacarse leche, impulsar la flexibilidad horaria o la reducción de jornada para que la madre pueda mantener el contacto con su bebé, disponer de guarderías adjuntas al trabajo, o incluso, en los casos en que sea posible, trabajar desde casa (teletrabajo)²⁹. Estas medidas no sólo son beneficiosas para la madre y su hijo/a, sino también para la propia empresa, ya que durante el primer año de vida los niños amamantados con leche materna presentan una reducción de hasta un 50% en la morbilidad característica de esta etapa de la vida, con lo cual se reduce el absentismo laboral de sus progenitores^{30,31}.

Este estudio se ha realizado a partir de la información obtenida en las fases de seguimiento del embarazo y los primeros 14 meses de vida del bebé del proyecto INMA, que tiene como objetivo estudiar los efectos de diferentes tóxicos del ambiente durante el embarazo y la primera infancia. Las fases de seguimiento están definidas por diferentes objetivos, y tal vez no se adecuen a lo que

sería un seguimiento específico de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, se dispone de información exhaustiva tanto del embarazo como del bebé desde el parto hasta los 14 meses de edad, y no es probable que se hayan producido sesgos de memoria diferenciales. Otra limitación relacionada con lo señalado consiste en que las razones consideradas en la pregunta «razones para la introducción de la lactancia artificial» no recogían los posibles motivos de forma exhaustiva, ya que un 31,9% de las madres optaron por «otras razones» no señaladas en el cuestionario.

En vista de las conclusiones obtenidas, sería recomendable llevar a cabo diferentes planes estratégicos para prevenir los abandonos tempranos de la lactancia materna exclusiva. Los profesionales sanitarios, sobre todo pediatras y matronas, son una herramienta clave en estas prevenciones. Por otro lado, deberían plantearse nuevas políticas de empleo para facilitar el seguimiento de la lactancia materna exclusiva con la vida laboral.

Editora responsable del artículo

M^{ra} José López.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los estudios publicados hasta la fecha indican prevalencias de lactancia materna exclusiva muy bajas. Entre las razones indicadas por las madres destacan la hipogalactia y la vuelta al trabajo.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Es un estudio longitudinal que dada su muestra posibilita conclusiones más consistentes en relación a las razones de abandono y a los factores implicados, lo cual puede servir para elaborar planes de salud pública.

Contribuciones de autoría

M. Oribe: recogida y procesamiento de datos, análisis estadísticos, redacción de conclusiones. A. Lertxundi: dirección metodológica, análisis estadísticos, redacción de conclusiones. H. Begiristain: recogida y procesamiento de datos, redacción de introducción, revisión crítica con importantes contribuciones. M. Basterrechea: diseño del instrumento original, diseño de la estructura del artículo, redacción de introducción y conclusiones, revisión de literatura científica. L. Santa Marina: revisión de literatura científica, revisión crítica con importantes contribuciones, redacción de introducción. M. Villar: diseño del instrumento original, diseño de la estructura del artículo, redacción de introducción y conclusiones, revisión de literatura científica. P. Amiano: revisión

de literatura científica, revisión crítica con importantes contribuciones, redacción de introducción. M. Dorronsoro: revisión de literatura científica, revisión crítica con importantes contribuciones, redacción de introducción. J. Ibarluzea: diseño de la estructura del artículo, redacción del apartado metodológico, revisión crítica con importantes contribuciones, investigador principal y autor del proyecto en que se enmarca la investigación.

Financiación

Este estudio forma parte del proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente). Específicamente este estudio ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Expediente PI06/0867), por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (20051110093), por la Diputación Foral de Gipuzkoa (DFG06/004 y DFG08/001) y por los ayuntamientos de la zona de estudio (Zumarraga, Urretxu, Legazpi, Azkoitia, Azpeitia y Beasain).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Morales E, García-Esteban R, Guxens M, et al. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. *Clinical & Experimental Allergy*. 2012;42:918-28.
- León-Cava N, Lutter C, Ross J, et al. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. En: Programa de Alimentación y Nutrición (HPN). Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2002.
- Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients*. 2012;4:859-74.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la lactancia materna. (Consultado el 22/06/2013.) Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/es/index.html>
- World Health Organization (WHO). Infant and young child nutrition. Geneva (Switzerland): WHO; 2003. (Consultado el 22/06/2013.) Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159120X.pdf>
- Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. (Consultado el 07/09/2014). Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm.16-5-2014.pdf
- Dirección General para la Salud y Protección del Consumidor de la Comisión Europea. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blue print for action. (Consultado el 07/09/2014). Disponible en <http://www.aeped.es/sites/default/files/6-newblueprintprinter.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales, 2012. (Consultado el 25/06/2013.) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82062/1/WHO_HIS_HSL.13.1_spa.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2012. (Consultado el 30/06/2013.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/l0/&file=06153.px&type=pcaxis&L=0>
- Ibáñez G, Martín N, Denantes M, et al. General review: prevalence of breastfeeding in industrialized countries. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2012;60:305-20.
- Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN*. 2009;38:259-68.
- Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008;122:S69.
- Ong G, Yap M, Ling Li F, et al. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. Evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Pub Health*. 2005;15:424-30.
- Li R, Darling N, Maurice E, et al. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*. 2005;115:e31.
- Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr*. 2012;83:161-9.
- Guxens M, Ballester F, Espada M, et al. Cohort profile: the INMA-Infancia y Medio Ambiente-(Environment and Childhood) Project. *Int J Epidemiol*. 2011;41:930-40.
- Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*. 2000;25:350-63.
- Wallby T, Hjern A. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish country. *Acta Paediatrica*. 2009;98:1799-804.
- Centers for Disease Control and Prevention. USA. Breastfeeding among U.S. children born 2000-2009 [Internet]. CDC National Immunization Survey. (Consultado el 22/06/2013.) Disponible en: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm
- Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, et al. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics*. 2010;10:20.
- Étude Épifane. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2012;34.
- Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, et al. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutrition*. 2009;13:760.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Encuesta Nacional de Salud 2006. (Consultado el 30/06/2013.) Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2006/p07/l0/&file=03111.px&type=pcaxis&L=0>
- Handa D, Schanler RJ. Role of the pediatrician in breastfeeding management. *Pediatr Clin N Am*. 2013;60:1-10.
- The Joanna Briggs Institute. Best practice information sheet: women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *Nursing and Health Sciences*. 2012;14:133-5.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr*. 1999;50:333-40.
- IHAN. Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. 2011. [Internet]. (Consultado el 30/06/2013.) Disponible en: <http://www.ihan.es/cd/documentos/IHAN.pdf>
- Merewood A, Mehta SD, Chamberlain LB, et al. Breastfeeding rates in US baby-friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics*. 2005;116:628.
- Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;10:CD006177.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Lactancia materna y vuelta al trabajo. [Internet]. NTP 664. (Consultado el 30/06/2013.) Disponible en: http://www.uclm.es/servicios/prevencion/documentacion/maternidad/ntp_664.Lactancia%20y%20vuelta%20al%20trabajo.pdf
- U.S. Department of Agriculture. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food Assistance And Nutrition Research. 2001. Report No. 13.