

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO Y
MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN
MUJERES ESPAÑOLAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.



Marta Gallardo Vico.

4^o Enfermería.

Trabajo de Final de Grado.

Curso 2014-2015.

Tutora: Sandra Arco Rodríguez.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract	3
Introducción	5
Objetivos	7
• Objetivo general.....	7
• Objetivos específicos.....	7
Metodología.....	8
• Estrategia de búsqueda.....	8
• Palabras clave/Keywords	8
• Criterios de selección de artículos	8
• Muestra	9
• Variables.....	9
• Método de análisis de datos	9
• Aspectos éticos y limitaciones	9
Cronograma.....	10
Resultados	10
Discusión	15
Conclusiones	19
Bibliografía	22

RESUMEN

Objetivo: Conocer que se ha publicado sobre la prevalencia, el abandono y los factores protectores de la lactancia materna (LM) en España en los últimos 10 años. Conocer la prevalencia de LM, los factores asociados al abandono y los factores protectores y de riesgo para la LM durante los primeros 6 meses de vida en España.

Método: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Scielo, Cuidatge, IME, IBECs y Embase. Se seleccionaron 33 artículos que cumplían con los criterios de selección.

Resultados: La media de duración de la LM en el 56,5% de los artículos es de 3 meses, solo un 4,3% de los artículos llegan o pasan la duración de 6 meses. Al alta en el 74,2% de los artículos la prevalencia se sitúa entre el 70 y el 100%, durante el primer mes el 82,3%, obtiene una prevalencia de entre el 50 y el 80%. El tercer mes en el 60,7% de los artículos la prevalencia se mantiene entre el 50 y el 70%, por último, durante el sexto mes, la prevalencia de LM en el 62,1% de los artículos se encuentra entre el 10 y el 30%.

Como principales factores de abandono encontramos el trabajo materno (84,2%) y la hipogalactia (73,6%). Otros factores influyentes son la irritabilidad del recién nacido, la escasa ganancia de peso, enfermedad materna y/o neonatal, iniciativa materna y consejo sanitario.

Encontramos que los 4 factores protectores principales para la LM son el alto nivel de estudios materno (50%), el parto eutócico (38,5%), el apoyo familiar (26,9%) y la educación materna (23,1%). Como principales factores de riesgo para la LM se identifican el bajo nivel de estudios materno (38,5%), el parto distócico o cesárea (34,6%), la administración de suplemento, suero y/o el uso de chupete (30,8%), el trabajo (23,1%) y el tabaquismo (23,1%).

Conclusiones: En España aún estamos lejos de conseguir una prevalencia de LM adecuada

ABSTRACT

Objectives: Know what has been published about prevalence, abandonment and protective factors of breastfeeding (BF) in Spain the last 10 years. Know BF prevalence, factors associated with abandonment and protective and risk factors for BF during the first 6 months of life in Spain.

Methods: Observational, descriptive, cross-sectional study. Literature review in database: Medline, Scielo, Cuidatge, IME, IBECs and Embase. 33 articles, that met the selection criteria, were selected.

Results: The average duration of BF in 56,5% articles is 3 months, only 4,3% of articles arrive or pass the 6 months duration. At the hospital discharge in 74,2% articles the prevalence is located between 70% and 100%, during the first month 82,3%, obtained a prevalence between 50% and 70%. The third month in 60,7% articles the prevalence keeps between 50% and 70%, finally, during the sixth month, the prevalence of BF in 62,1% articles is located between 10% and 30%.

As principal abandonment factors we found maternal job (84,2%) and hypogalactia (73,6%). Other influential factors are newborn irritability, low weight gain, maternal or neonatal disease, maternal initiative and health advice.

It is shown that the 4 principal protective factors for BF are maternal higher education (50%), eutocic birth (38,5%), family support (26,9%) and maternal education (23,1%). As principal risk factors for BF are identified maternal low education (38,5%), dystocic birth or cesarean (34,6%), pacifier use, supplement and serum administration (30,8%), maternal job (23,1%) and smoking (23,1%).

Conclusions: In Spain we are still far to achieve an adequate BF prevalence according to WHO. It is found a high BF prevalence after the hospital discharge, but this prevalence rapidly decreases during the following months.

según la OMS. Se encuentra que la prevalencia de LM al alta es elevada, pero esta disminuye rápidamente durante los meses siguientes.

La mejor forma para actuar ante el abandono de la LM es la educación sanitaria. Las intervenciones de promoción y apoyo de la LM deberían centrarse en la prevención de los factores de riesgo y en la potenciación de los protectores. Además los recursos de apoyo a las madres que lactan deberían proveerse prioritariamente en los momentos de mayor abandono, tras el alta hospitalaria y entre los 3 y los 6 meses.

The best way to act in the face of BF abandonment is health education. The promotion and support interventions for BF should focus on preventing risk factors and strengthening protector factors. In addition, support resources for BF mothers should be provided priority in moments of higher abandonment, after the hospital discharge and between the third and sixth month.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el alimento ideal durante los primeros meses de vida, y es muy beneficiosa durante el periodo de introducción de la alimentación complementaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda, la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y la introducción de la alimentación complementaria a partir de entonces, manteniendo la LM hasta los dos años o más.¹

La leche materna es el mejor alimento para el crecimiento, fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo del lactante y le proporciona inmunidad.^{1,2} El amamantamiento protege contra enfermedades respiratorias, alérgicas, infecciosas y crónicas como la obesidad, la diabetes o las leucemias, también ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.^{3,4} La LM exclusiva tiene efecto protector en relación a la muerte súbita del lactante y reduce la mortalidad por enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea o la neumonía.^{1,2,5}

Además, el acto de la LM crea un vínculo entre la madre y el bebé, esta interacción favorece la autoestima y la independencia del niño en el futuro.^{2,3} Al ser parte del proceso reproductivo, el amamantamiento también tiene beneficios en la salud de la madre. Reduce el riesgo de hemorragia y depresión postparto y retrasa el retorno a la fertilidad. A largo plazo reduce el riesgo de diabetes, osteoporosis y cáncer de mama, útero y ovario.^{1,2,3}

La leche materna contiene gran cantidad de sustancias, de las cuales algunas de ellas no son conocidas. Los principales componentes son agua, hidratos de carbono, grasas, minerales y vitaminas, también se encuentran, en menor medida, sustancias inmunológicas, hormonas y enzimas.^{6,7}

La composición varía a medida que pasa el tiempo, para así cubrir las necesidades del lactante en cada momento. Se distinguen tres tipos de leche, el calostro que contiene mayor cantidad de proteínas, minerales y anticuerpos, la leche de transición y la leche madura que contiene mayor cantidad de lactosa, grasas y vitaminas.^{6,7}

Sin embargo, pese a ser la mejor opción de alimentación para los lactantes, tras la Segunda Guerra Mundial, la LM fue abandonada de forma progresiva, llegando a niveles mínimos en los años 70.⁸ Desde entonces la OMS y UNICEF crearon diferentes iniciativas para promover la LM a nivel mundial.⁹ En primer lugar, en 1990 se creó la “Declaración de Innocenti” en la que se puso metas a los gobiernos para promocionar y apoyar la LM.¹⁰

Unos años más tarde, en 1992, se formó la “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (IHAN), con el objetivo de promocionar la LM a través del cumplimiento de “Los 10 pasos para una lactancia feliz” en las maternidades.¹¹ En 2006 IHAN fue revisada, se reconoció la importancia del apoyo a la madre durante todo el amamantamiento y se extendió la iniciativa hacia el resto de sectores de cuidado materno infantil.⁹

En 2002 se publicó la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, la cual hizo una llamada urgente para renovar el apoyo de la promoción de la LM exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.^{9,12}

Pese a los beneficios que se obtienen de la LM y las recomendaciones de las instituciones para promoverla, la prevalencia y duración de la LM sigue sin llegar a los niveles recomendados a nivel mundial.^{3,8} Esta baja tasa de amamantamiento supone un importante problema de salud pública, el fracaso de la LM se puede considerar una nueva enfermedad de los siglos XX y XXI.^{8,13}

En España, la situación actual sobre la prevalencia de la LM exclusiva no es mejor que a nivel mundial. En 2001 se creó el comité IHAN-España con el objetivo de desarrollar la iniciativa en el territorio y fomentar el apoyo a la LM, aun así no se siguen las recomendaciones de las instituciones y actualmente solo 16 hospitales están acreditados como IHAN.^{9,14}

Según los últimos datos, publicados en 2006, por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en nuestro país, inician LM exclusiva 68,40% de los lactantes. A los tres meses la prevalencia baja al 52,48% y a los 6 meses es tan solo del 24,72%.¹⁵

Estos abandonos se producen principalmente tras el alta hospitalaria, a causa de mala instauración de la LM (grietas, dolor, depresión postparto, irritabilidad del bebé) y entre los 3 y los 6 meses coincidiendo con la reincorporación materna al trabajo y la recomendación de la alimentación complementaria.^{16, 17}

Las intervenciones de profesionales para el apoyo de la LM tienen un efecto beneficioso en la iniciación y el mantenimiento de esta.^{13, 16} El apoyo de los profesionales comienza antes del parto, mediante educación maternal, y continúa en el posparto inmediato con el contacto piel con piel madre e hijo para iniciar el amamantamiento en las primeras horas. Durante el primer día se ha de asegurar que la técnica, la succión y el número de tomas sean correctos.^{18, 19}

El apoyo ha de continuar durante los primeros días de la lactancia, estos suelen ser los momentos en los que se producen más abandonos relacionados con problemas relacionados

con las mamas, como dolor, mastitis, grietas en el pezón e ingurgitaciones, y problemas relacionados con el bebé, como llanto excesivo, problemas de sueño o los cólicos.¹⁸

Una vez instaurada la LM el apoyo profesional ayuda a reforzar y adaptar la lactancia, ayudando a la madre a hacer compatible la lactancia con otras actividades, como la incorporación al trabajo. El nivel de confianza de la madre en su habilidad de amamantar, se asocia con el éxito en la iniciación y la duración de la LM exclusiva durante los primeros 6 meses.^{18, 20}

Es importante revisar las causas del abandono prematuro de la LM, antes de los 6 meses, y los factores protectores y de riesgo para la LM, para así poder responder a las necesidades existentes creando estrategias adecuadas para la promoción, la protección y el apoyo de la LM.^{16, 19}

OBJETIVOS

Con la revisión bibliográfica sobre el abandono prematuro de la LM se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Conocer que se ha publicado sobre la prevalencia, el abandono y los factores protectores de la LM en España en los últimos 10 años.

Objetivos específicos

- Describir la prevalencia de la LM durante los 6 primeros meses de vida en España.
- Identificar los factores asociados al abandono de la LM antes de los 6 meses en España.
- Conocer los factores protectores para mantener la LM hasta los 6 meses o más en

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo, transversal sobre el abandono prematuro, antes de los seis meses, de la LM exclusiva en España. Se buscaron artículos relacionados con la prevalencia y factores causantes del abandono.

Estrategia de búsqueda

Con el objetivo de reunir artículos de interés sobre el tema de estudio se realizó una búsqueda en diferentes bases de datos: Medline, Scielo, Cuidatge, Índice Médico Español (IME), IBECS y Embase.

Los términos MESH utilizados para la búsqueda fueron “Abandono”, “Prevalencia”, “Duración”, “Lactancia materna”, “Breastfeed”, “Prevalence”, “Abandonment”, “Duration” y “Weaning”.

Para crear las diferentes combinaciones de palabras clave para la búsqueda se utilizaron dos operadores booleanos que fueron “AND” y “OR”.

Se utilizaron diferentes combinaciones de palabras clave: “Lactancia materna” AND “Prevalencia”, “Lactancia materna” AND “Abandono”, “Lactancia materna” AND “Duración”, “Lactancia materna” AND “Prevalencia” OR “Abandono”, “Breastfeed” AND “Prevalence”, “Breastfeed” AND “Abandonment”, “Breastfeed” AND “Duration”, “Weaning” OR “Breastfeeding” AND “Prevalence”.

Palabras clave/Keywords

Lactancia materna, prevalencia, abandono, duración, breastfeed, prevalence, abandonment, duration, weaning.

Criterios de selección de artículos

- Criterios de inclusión:
 - Artículos de menos de 10 años, escritos en español o inglés.
 - Estudios realizados en población española.
- Criterios de exclusión:
 - Artículos de más de 10 años.
 - Estudios realizados fuera España.
 - Artículos que traten exclusivamente sobre LM en prematuros, madres adolescentes y población inmigrante.

Muestra

De la estrategia de búsqueda se obtuvieron 950 artículos. Tras revisar si cumplían los criterios de selección de artículos y después de una primera lectura de los títulos y resúmenes se consiguió una muestra de 33 artículos científicos relacionados con el abandono de la LM.

Variables

Las variables de estudio para realizar la revisión fueron las siguientes:

- Tipología de revista.
 - Pediátrica.
 - Enfermería.
 - Nutricional.
 - Matronas.
- Año de publicación.
- Lugar de publicación.
- Población de estudio.
- Diseño del estudio.
- Prevalencia de la LM exclusiva.
 - Prevalencia después del alta hospitalaria.
 - Prevalencia al primer mes.
 - Prevalencia a los 3 meses.
 - Prevalencia a los 6 meses.
- Factores de abandono prematuro de la LM exclusiva.
- Factores protectores para el inicio y mantenimiento de la LM exclusiva.

Método de análisis de datos

Al tratarse de una revisión de la literatura se realizó un análisis cuantitativo de las diferentes variables de cada artículo, en el cual se mostraron los resultados en forma de porcentaje. Una vez realizado el análisis cuantitativo, se analizaron de forma cualitativa los datos obtenidos.

Aspectos éticos y limitaciones

Al realizar una revisión bibliográfica no nos encontramos ante ningún aspecto ético y, en este caso, tampoco se encontró ninguna limitación.

CRONOGRAMA

Para llevar a cabo todas las partes de la revisión bibliográfica se planificó el siguiente cronograma, en el cual se pueden observar las diferentes actividades realizadas cada semana desde el mes de enero al mes de junio de 2015.

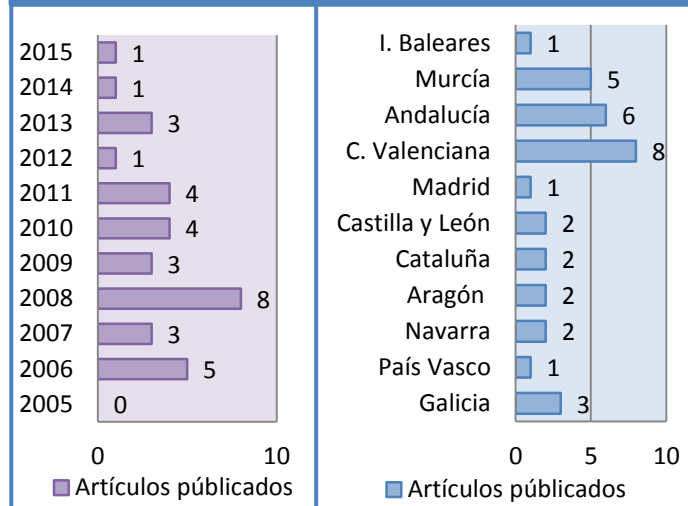
	ENERO					FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO	
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24
Búsqueda Bibliográfica	■	■	■																					
Planificar Cronograma			■																					
Redactar Introducción				■	■	■	■																	
Redactar Metodología					■	■	■	■																
Revisión Final Memoria								■																
Entrega Memoria								20																
Preparar Presentación								■	■	■														
Tribunal										4														
Analizar artículos										■	■	■	■	■	■									
Redactar Resultados														■	■	■	■							
Redactar Discusión																■	■	■						
Redactar Conclusiones																		■	■	■				
Revisión Final																				■	■			
Entrega Final																					29			
Preparar Presentación																					■	■	■	
Tribunal																								10

RESULTADOS

De la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 950 artículos, 33 de ellos cumplían con los criterios de selección de artículos. Entre estos 33 estudios revisados se estudia una muestra de más de 13.000 mujeres.

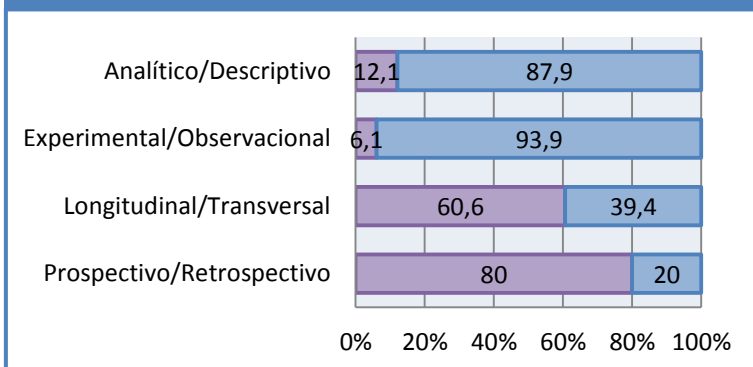
Al analizar los resultados se observa que el año 2008 es el año en el que más artículos se publicaron, seguido de 2006, con 8 y 5 artículos publicados respectivamente (Figura 1). En cuanto al lugar de publicación la comunidad autónoma con más publicaciones sobre el tema en estos 10 últimos años es la comunidad Valenciana con 8 artículos, seguida de Andalucía con 6 y Murcia con 5 (Figura 1).

Figura 1. Número de artículos por año de publicación y comunidad autónoma.



Las revistas que han publicado sobre el abandono de la LM desde el 2005 principalmente son pediátricas (52%) y de enfermería (30%). En menor número también se han consultado artículos publicados en revistas de matronas, nutrición y revistas sanitarias.

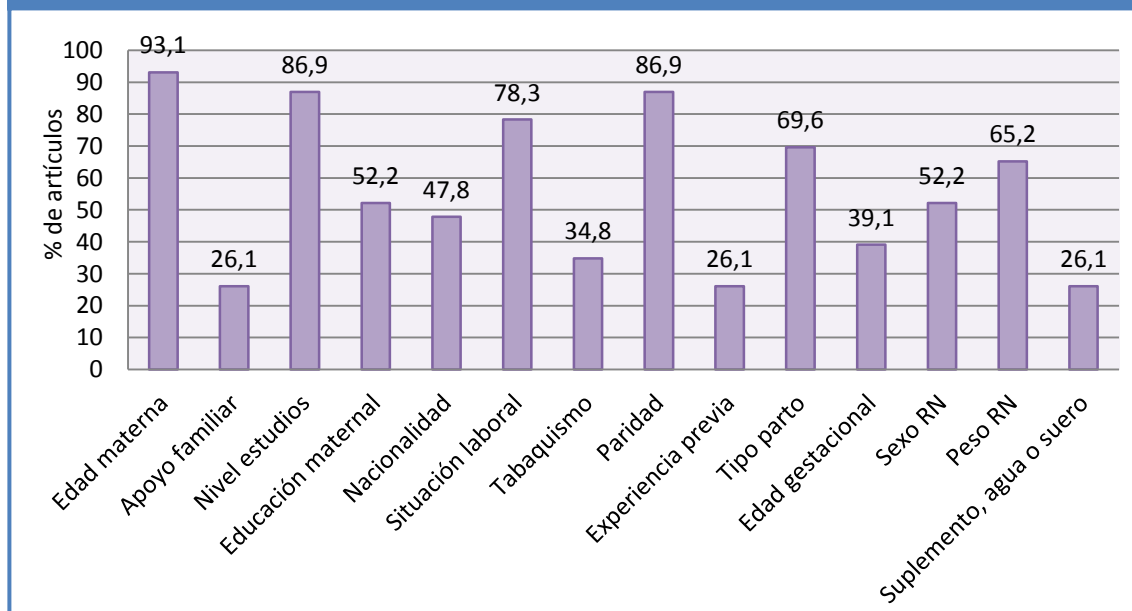
Figura 2. Porcentaje de artículos según el tipo de diseño.



La mayoría de artículos consultados para la revisión bibliográfica (Figura 2) son estudios con diseño descriptivo (87,9%), observacional (93,9%), longitudinal (60,6%) y prospectivo (80%).

Tras realizar el análisis se ha encontrado que las variables de la población más estudiadas (figura 3) a lo largo de los artículos, son la edad materna (93,1%), el nivel de estudios materno (86,9%), la paridad (86,9%) y la situación laboral (78,3%). A continuación se observan otras variables estudiadas en más de la mitad de los artículos, el tipo de parto (69,6%), el peso (65,2%) y el sexo (52,2%) del recién nacido y la educación maternal (52,2%).

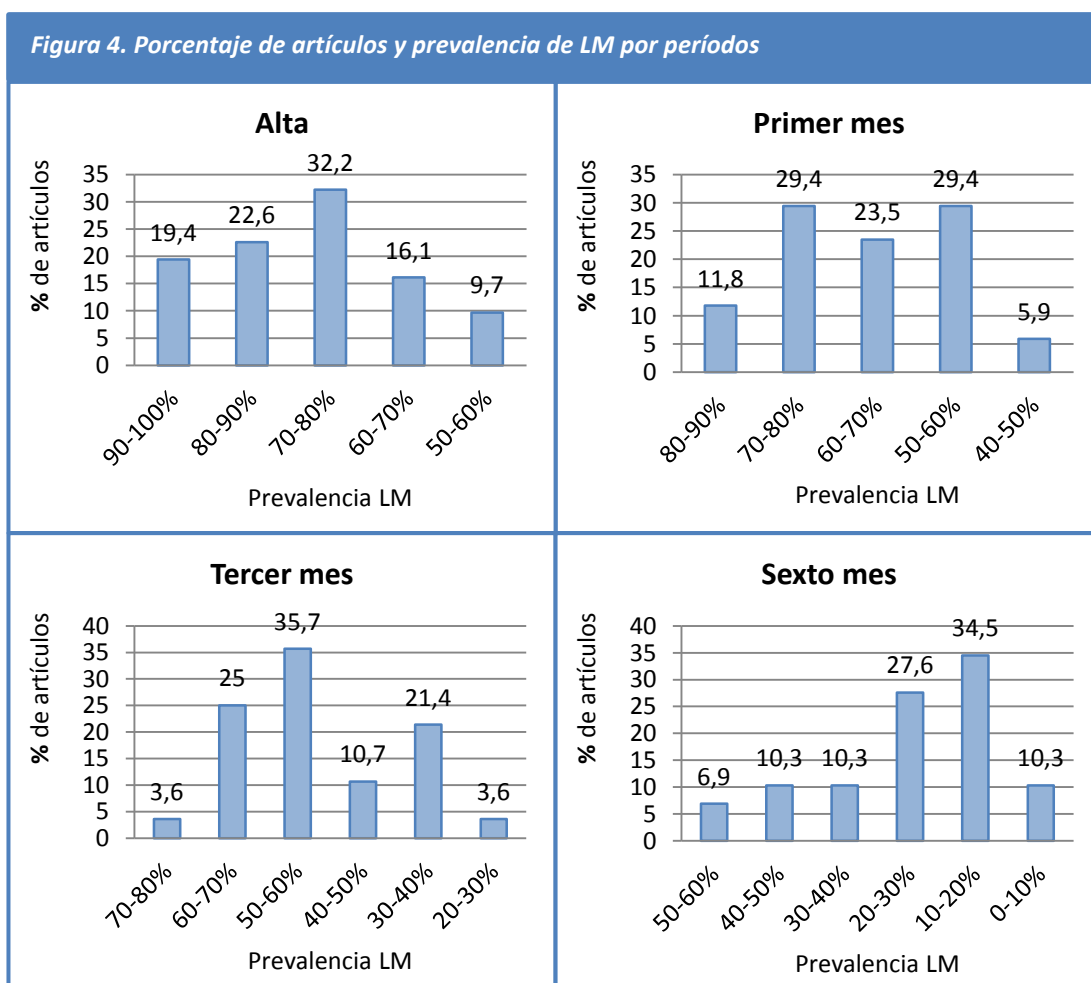
Figura 3. Variables poblacionales más estudiadas en los artículos consultados.



Por último entre las variables que más se han tenido en cuenta encontramos también el apoyo familiar, la nacionalidad, el tabaquismo materno, la experiencia previa, la edad gestacional y la administración de suplemento, agua o suero.

La media de duración de la LM según el 56,5% de los artículos revisados fue de 3 meses, seguido de un 17,4% de los artículos en los que la duración media fue de 4 meses. En un 8,7% de los artículos fue de 5 y 2 meses y, por último, en un 4,3% la duración media fue de 1 y 7 meses.

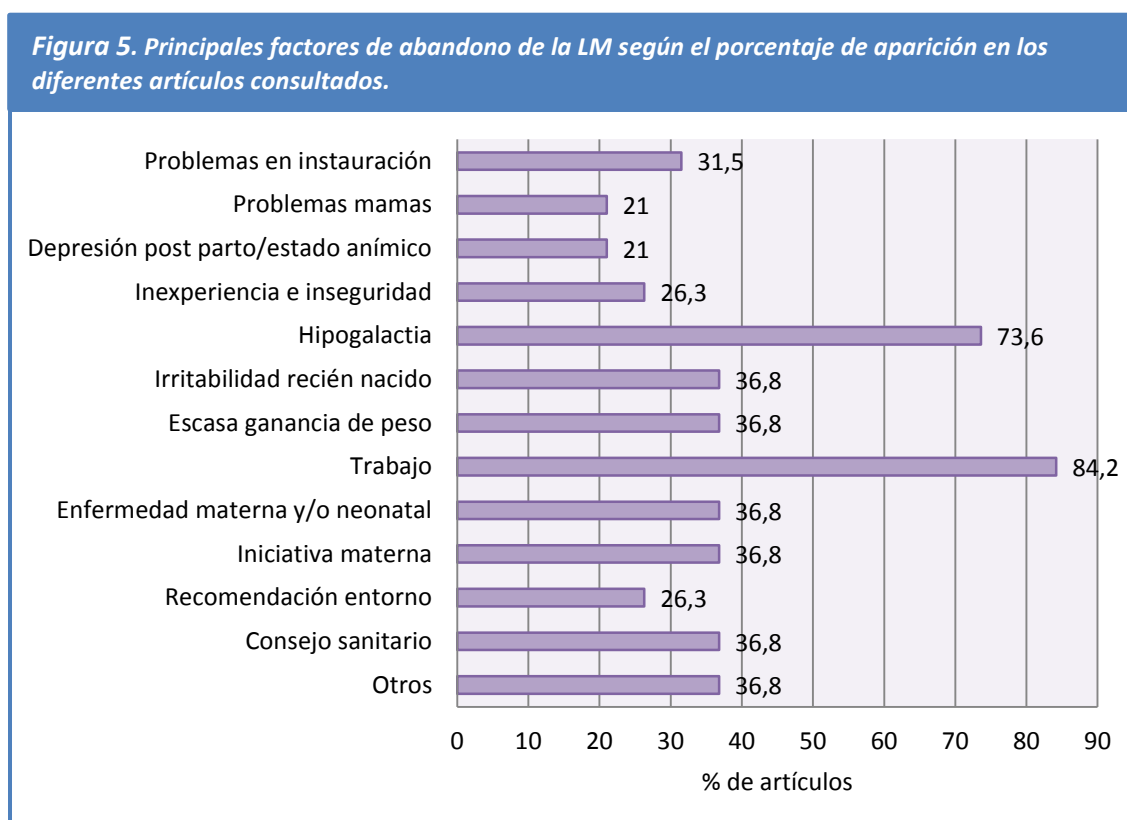
Respecto a la prevalencia de LM, en el 84,8% de los artículos consultados para la realización de la revisión bibliográfica aparece este dato. La figura 4 muestra la prevalencia de LM en diferentes momentos después del parto. En primer lugar encontramos la prevalencia de LM al alta hospitalaria, aquí se puede observar que la mayoría de los artículos, el 32,3%, la prevalencia de LM se encuentra entre el 70 y el 80%, seguido de un 22,6% de los artículos que indican una prevalencia entre 80 y 90% y un 19,4% de artículos con una prevalencia entre 90 y 100%.



A continuación se observa que el primer mes la prevalencia se encuentra entre el 50 y el 80% en más del 80% de los artículos. En el tercer mes encontramos que en el 35,7% de los artículos la prevalencia es de entre el 50 y el 60%, en el 25% de los artículos es de entre 60 y 70%, durante este mes también destaca que en el 21,4% de los artículos la prevalencia se encuentra entre el 30 y el 40%.

Por último en el sexto mes la mayor prevalencia se encuentra entre el 10 y el 20% y el 20 y el 30% con un porcentaje de artículos de 34,5 y 27,6 respectivamente. Se puede observar que solo en el 27,6% de los artículos la prevalencia se encuentra entre el 30 y el 60%.

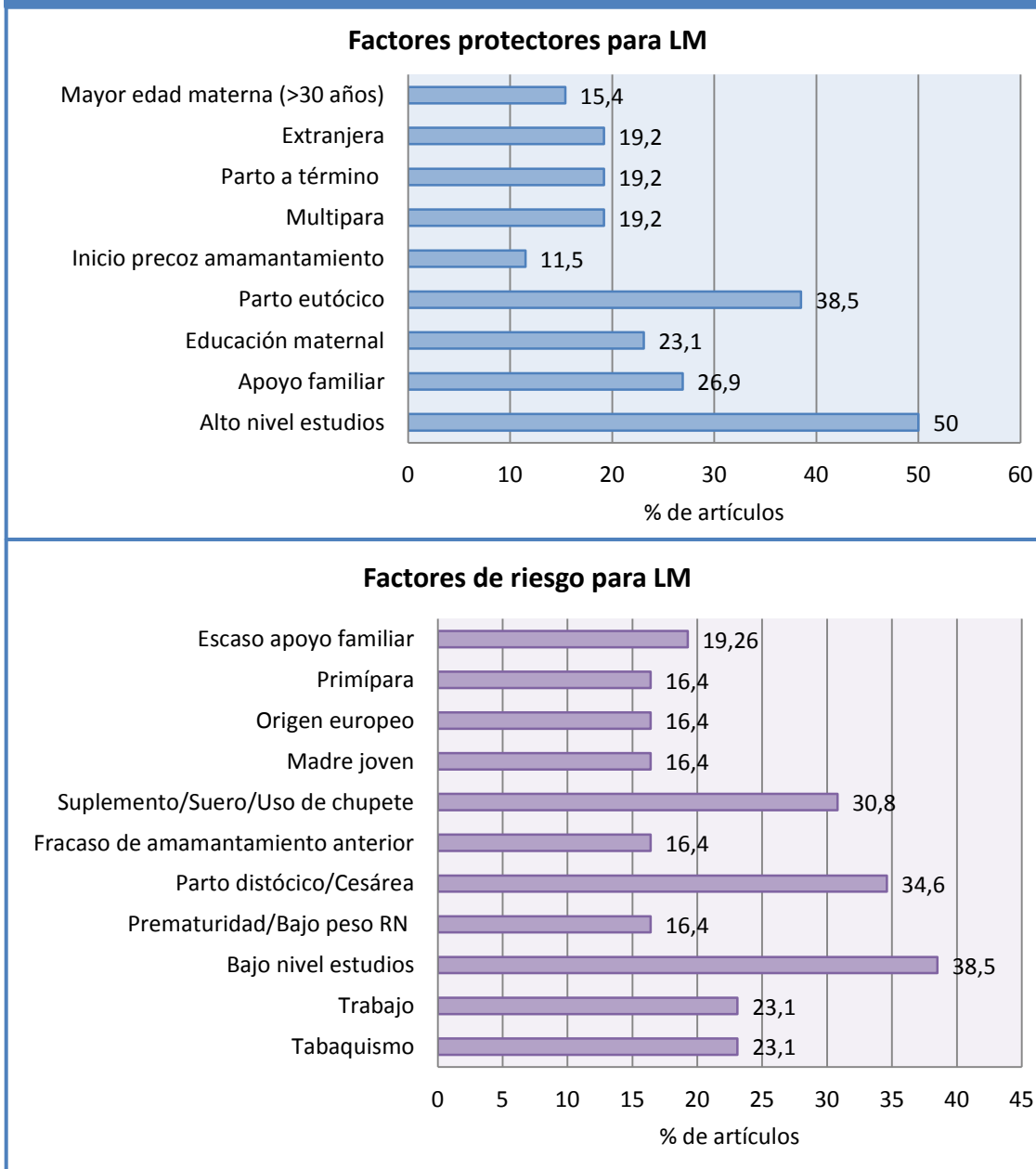
En cuanto a los factores de abandono (Figura 5), en el 42,4% de los artículos no aparece este dato, en el 57,6% de los artículos restantes se ha podido observar que los principales factores de abandono de la LM antes de los 6 meses son la situación laboral y la hipogalactia, estos factores aparecen en el 84,2% y el 73,6% de los artículos respectivamente. Los demás factores de abandono aparecen con porcentajes muy similares entre los diferentes artículos.



Tras los factores de abandono de la LM encontramos que hay factores protectores y factores de riesgo que influyen en la duración de esta (Figura 6), este dato se ha encontrado en el 78,8% de los artículos revisados. En primer lugar se observa que el principal factor protector es

el alto nivel de estudios materno, este factor aparece como protector en el 50% de los artículos, seguido del parto eutócico con un 38,5%. Otros de los factores protectores más importantes son el apoyo familiar, la educación maternal, ser madre extranjera, multipara y con un parto a término.

Figura 6. Principales factores protectores y de riesgo para la LM según el porcentaje de aparición en los diferentes artículos consultados.



Por otro lado en la figura 6 también se encuentran los factores de riesgo para la LM, entre estos los más importantes son bajo nivel de estudios materno (38,5%), parto distócico o cesárea (34,6%) y la administración de suplementos, suero o el uso del chupete (30,8%). A

continuación destacan también ser madre trabajadora, el tabaquismo durante y después del embarazo y el escaso apoyo familiar.

Algunos de los factores aparecen repetidamente entre los artículos como no significativos, los más destacados son la edad materna (23,1%), la paridad y/o experiencia anterior con la LM (16,4%), el peso al nacer (11,5%), el tipo de parto (11,5%).

DISCUSIÓN

En esta revisión bibliográfica se puede observar cómo se encuentra la LM en nuestro país a través del estudio y el análisis de artículos, publicados por las diferentes comunidades autónomas españolas los últimos 10 años.

La mayoría de los estudios publicados son estudios con diseño descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo, este es el mejor tipo de estudio para conocer la prevalencia y los factores protectores y de abandono de la LM, ya que se hace un seguimiento a la madre a lo largo del tiempo, en este caso no encontramos sesgos o limitaciones de memoria o de falta de datos como podríamos encontrar en estudios retrospectivos y/o transversales.^{21,22,23,24}

Mientras los pocos artículos analíticos y experimentales que se encuentran en la muestra se corresponden con estudios de evaluación de programas de intervención educativos y/o asistenciales para la mejora de la prevalencia de la LM.^{25,26}

Para comparar las principales variables poblacionales, la prevalencia y los factores protectores y de abandono se han encontrado dificultades a causa de la diferente metodología utilizada en cada uno de los artículos. Las variables estudiadas no han sido en todos los artículos las mismas. En algunos de ellos las prevalencias se expresaban en meses diferentes, en algunos casos en vez de indicar la prevalencia por meses se indicaba el abandono a cada mes, además una minoría de los artículos unía la LM con la lactancia mixta, estos últimos casos no se han podido incluir en los resultados. Por último en algunos de los artículos los factores protectores y de abandono de la LM se encontraban separados en los diferentes meses postparto, mientras que otros tenían los factores unificados.

Aún y las dificultades se han podido unificar y determinar las variables, la prevalencia, la duración media y los factores de abandono y protectores para la LM. Para empezar encontramos que en la mayoría de artículos las principales variables poblacionales estudiadas son relacionadas con la madre (edad, nivel de estudios, situación laboral),^{13,16,27,28} en más de la

mitad de los artículos también se estudian variables relacionadas con el recién nacido y el parto (tipo de parto, sexo y peso del recién nacido).^{8,13,16,29}

Otras de las variables más estudiadas, aunque en menor medida que las anteriores, fueron el apoyo familiar, la educación maternal, la nacionalidad, el tabaquismo, la experiencia previa, la edad gestacional y la administración de suplementos, agua o suero.^{19,27,30} En muy pocos estudios se tienen en cuenta otros factores como el uso del chupete, el ingreso en cuidados intensivos neonatales, antropometría de la madre, el tiempo de ingreso o el nivel económico.^{19,30,31}

Uno de los problemas con algunas de las variables es que en algunos de los estudios algunas de ellas se han considerado criterios de exclusión como es el caso de la nacionalidad, en algunos casos no se incluían madres extranjeras o la edad gestacional y/o el peso del recién nacido ya que en muchos de los estudios se excluían recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer.^{17,26,30}

Se encuentra que hay algunas variables muy poco estudiadas a lo largo de los artículos donde enfermería podría incidir, como puede ser el método canguro o la puesta al pecho durante la primera hora, factores poco estudiados pero que parecen efectivos para el inicio y el mantenimiento.^{13,25,30} Otros de estos factores a estudiar podrían ser también el IMC de la madre y la experiencia anterior con la LM, en un 86,9% de los artículos se incluye como variable la paridad y solo en un 26,1% la experiencia previa con la LM, sería importante conocer esta experiencia porque se debería hacer incidencia educacional en las madres primíparas y en aquellas en las que se ha producido un abandono o fracaso de la LM.^{8,30,32}

La gran variedad de factores poblacionales estudiados o no en los diferentes artículos es uno de los factores que más ha dificultado el análisis de los datos, ya que las variables poblacionales estudiadas son las que después determinan otros factores como los protectores o los de riesgo.

En cuanto a la prevalencia, al alta hospitalaria se observa una tasa elevada de LM, el 74,3% de los artículos se encuentran con una prevalencia entre el 70 y el 100%, esta prevalencia baja a medida que pasan los meses. Durante el primer mes, la mayoría de los artículos, más del 80%, tienen una prevalencia entre el 50 y el 80%, en este caso, la disminución de prevalencia está relacionada con la mala instauración de la técnica de la LM, irritabilidad del bebé, hipogalactia, dolor, depresión post-parto, inexperiencia y la pérdida del apoyo sanitario.^{16,19,20,33}

En el tercer mes en más del 60% de los artículos se encuentra una prevalencia entre 50 y 70% y en el 21,4% de los artículos la prevalencia es de entre 30 y 40%. Por último en el sexto mes en el 62,1% de los artículos la prevalencia se encuentra entre el 10 y el 30%, solo un 6,9% de los artículos obtienen una prevalencia por encima del 50%. La pérdida de prevalencia entre el tercer y el sexto mes se debe principalmente a la reincorporación de la madre al trabajo, los cambios alimentarios del lactante y la introducción precoz de la alimentación complementaria.^{16,19,20,33}

Con el análisis de los datos se ha observado que las principales causas de abandono de la LM son la reincorporación materna al mundo laboral y la hipogalactia, aun así encontramos muchos más factores de abandono, y en muchos de los casos la LM se acaba abandonando por un acumulo de ellos.

Uno de los puntos a mejorar para poder aumentar la prevalencia de LM son las condiciones laborales de las mujeres, las mujeres trabajadoras necesitan apoyo institucional con la adopción de medidas que permitan compaginar el trabajo con la LM,³⁴ en nuestro país las mujeres tienen derecho a una ausencia de una hora que puede dividirse en dos fracciones, reducción de jornada, disponibilidad de horas no retribuidas, permiso especial no retribuido por maternidad y excedencia de hasta 5 años con reserva de puesto de trabajo.³⁵

Entre mujeres trabajadoras la prolongación de la baja por maternidad protege y prolonga la LM,^{8,13,36} aun así, nuestro país con 16 semanas por baja por maternidad está muy lejos de algunos países nórdicos, con elevadas prevalencias de LM, como Noruega o Suecia que prolongan las bajas maternas hasta 16 meses.^{31,33,37}

Por otro lado encontramos la hipogalactia como segunda causa de abandono de la LM, en este caso se debería informar de lo poco frecuente que ocurre (no llega a afectar a más del 10% de las mujeres), la mayoría de las veces se trata tan solo de una percepción de las madres de no tener suficiente leche y la sensación de que el bebé queda insatisfecho. Esta percepción se crea por la inexperiencia y la inseguridad de las madres, para evitar esto se debe dar información, ofrecerle seguridad y confianza.^{8,31,38,}

En muchos de los factores de abandono enfermería puede actuar por medio de la educación sanitaria. Las mastitis, las grietas o el dolor pueden solucionarse y prevenir de forma sencilla, con posturas correctas o dando el pecho a demanda. Informando a las madres sobre estos sucesos normales en la lactancia y enseñándoles cómo solucionarlos o evitarlos se les da seguridad.^{27,31}

Uno de los factores de abandono que sorprende es que en el 36,8% de los artículos aparecen el consejo sanitario como factor de abandono y la escasa ganancia de peso. El crecimiento de los niños lactados al pecho no sigue el mismo patrón de las gráficas de crecimiento habitualmente usadas,^{20,29} ya que estas están basadas mayoritariamente en niños alimentados con lactancia artificial. Por este motivo, en 2006 la OMS difundió un nuevo patrón de crecimiento infantil basado en el niño alimentado con leche materna.³⁹

En muchos de los casos los pediatras aconsejan la introducción de la alimentación complementaria antes de los 6 meses, esto interfiere con la LM. La OMS recomienda la introducción de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.^{1,16,29,40} Aquí se puede ver la importancia de la formación de los profesionales sanitarios para un buen apoyo de la LM.^{24,34,41}

Por último encontramos factores protectores y de riesgo para la LM, es importante conocerlos para potenciar los factores protectores^{17,33} y dar más apoyo y educación a madres con más factores de riesgo para el abandono de la LM,^{16,34,37} como pueden ser madres jóvenes, primíparas, con nivel bajo de estudios, con parto distócico o cesárea y/o con una experiencia negativa con una LM anterior. Además se debería insistir en la técnica de la madre canguro o piel con piel y favorecer la LM durante la primera hora de vida, coincidiendo con el primer periodo de reactividad del recién nacido.^{13,25,30}

Desde enfermería se tendría que evitar el suplemento de leche artificial que se da en algunas maternidades, limitar la administración de suero y recomendar no usar chupete, ya que todas estas acciones interfieren con una buena LM.^{30,36,41} El embarazo también es un buen momento para incentivar a las madres a dejar de fumar, ya que es beneficioso para su salud, la del bebé y para el mantenimiento de la LM, ya que el tabaco hace que disminuya la producción de prolactina.^{13,27,32,37}

CONCLUSIONES

Con la revisión bibliográfica sobre el abandono de la LM podemos observar que en España aún estamos lejos de las recomendaciones de la OMS de mantener la LM hasta los 6 meses.¹ De los 33 artículos revisados solo en 2 de ellos la prevalencia de LM a los 6 meses era más alta del 50%.^{32,42}

Encontramos que la prevalencia de LM al alta es elevada y se ha producido un incremento en los últimos años,^{8,19,40} sin embargo, la tasa de abandonos es elevada y se produce un rápido descenso de la prevalencia en los meses siguientes.^{8,19,43,44}

Tras la revisión de los diferentes artículos se concluye que los principales factores de abandono de la LM son el trabajo materno y la hipogalactia, seguidos de la irritabilidad del recién nacido, escasa ganancia de peso, enfermedad materna y/o neonatal, iniciativa materna y consejo sanitario. También se encuentran otros factores de abandono como problemas de instauración, problemas en las mamas, recomendación del entorno, depresión post parto y estado anímico, inexperiencia e inseguridad de las madres.

En cuanto a factores protectores para la LM se han encontrado como principales el alto nivel de estudios materno y el parto eutócico, seguidos del apoyo familiar, la educación maternal, parto a término, múltipara, madre extranjera, mayor edad materna e inicio precoz del amamantamiento.

Por último los principales factores de riesgo para la LM son el bajo nivel de estudios materno, el parto distócico o cesárea y la administración de suplemento, suero y el uso del chupete. Otros de estos factores de riesgo más repetidos son el escaso apoyo familiar, el trabajo, el tabaquismo, primípara, origen europeo, madre joven, fracaso de amamantamiento anterior y prematuridad y/o bajo peso del recién nacido.

Los factores de abandono son modificables o prevenibles y por tanto como ya se ha dicho anteriormente una de las formas de actuar es la educación sanitaria. Para esto encontramos las tres figuras fundamentales que son la matrona, el pediatra y la enfermera, tanto la pediátrica como la de maternidad. Estos profesionales deben mantener actualizada la formación sobre LM y participar activamente en el apoyo y la promoción.^{17,24,41,45}

Para que las madres puedan obtener la información necesaria, clara y no contradictoria sobre la LM, es imprescindible la intervención del equipo multidisciplinario, para esto sería conveniente crear un programa conjunto entre atención especializada y los centros de atención primaria, para así unificar criterios evitando la descoordinación entre ámbitos.^{24,43,46}

Son imprescindibles las intervenciones que aseguren a las madres conocimientos y aumenten su confianza durante el embarazo, una educación prenatal adecuada influye decisivamente en el inicio y la duración de la LM.³⁴ Las intervenciones de promoción y apoyo de la LM deberían centrarse en la prevención de los factores de riesgo y en la potenciación de los protectores.^{20,33,34}

Los recursos de apoyo a las madres que lactan deberían proveerse prioritariamente en los momentos de mayor abandono, como se ha podido ver en el estudio, tras el alta hospitalaria y entre los 3 y los 6 meses, coincidiendo con el retorno al mundo laboral.^{13,16}

Se aconseja realizar un control precoz por parte de la enfermera pediátrica del centro de atención primaria a las 48 horas tras el parto,^{17,47} para comprobar la instauración correcta de la LM y solventar dudas.⁴⁸

Entre los 3 y los 6 meses se abandonan muchas LM a causa de la reincorporación materna al trabajo, la principal causa de abandono, en este punto es imprescindible incidir en la formación para que las madres puedan compatibilizar y simultanear la vuelta al trabajo.^{17,34}

Se debería promocionar leyes que favorezcan la prolongación de la baja por maternidad para acercarnos cada vez más al objetivo de la OMS y la UNICEF, defendiendo así el derecho del recién nacido a recibir el mejor alimento durante un periodo de tiempo mayor.^{34,49}

La madre lactante se ve muy influenciada por el entorno, el apoyo de este es imprescindible para una lactancia duradera.^{27,49} Para la promoción se deberían crear campañas informativas sobre las ventajas de la LM a nivel general, esto favorecería el apoyo del entorno de la madre,^{24,38} además se debería incluir al padre en la educación sanitaria ya que estos tienen un papel cada vez más participativo e influyen de forma decisiva.^{27,36}

Otra herramienta de gran ayuda para las madres lactantes son los grupos de apoyo a la LM, donde reciben ayuda de mujeres experimentadas que pueden resolver problemas de forma individualizada y donde pueden compartir experiencias.^{13,20,46} Desde enfermería se debería informar a todas las madres de la existencia de estos grupos y fomentar la creación o continuidad de estos.⁴⁹

Otras iniciativas para la mejora de la prevalencia de la LM podrían ser visitas domiciliarias, horarios de atención telefónica y consultas de apoyo a la LM por parte de enfermeras del centro de atención primaria⁴⁷ y/o la creación de una figura para el apoyo continuado de la LM, una matrona o enfermera dirigida exclusivamente a la atención de la LM.⁴⁹

Para la promoción de la LM también se pueden realizar actividades más dinámicas para llegar a las madres como charlas grupales, talleres y exposiciones fotográficas. Se debería recomendar a las madres páginas web o foros fiables sobre LM donde ellas mismas podrían informarse y resolver dudas.^{13,20,48}

Por otro lado encontramos que en España no hay ningún registro nacional que permita conocer la prevalencia de la LM,^{19,40} además, en las estadísticas sanitarias mundiales anuales de la OMS, tampoco aparece el dato de lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los 6 primeros meses de vida, en ninguno de los documentos de 10 años atrás.⁵⁰ Se debería crear un registro sobre LM en España, esto ayudaría a llevar un control desde el centro de atención primaria sobre el proceso de la LM de las madres y además ayudaría para obtener datos sobre la prevalencia y factores de abandono.^{19,40}

Otro de los puntos a mejorar a nivel de España, es la implantación de la IHAN, actualmente poco extendida por el país. Se ha visto en diferentes artículos que los centros acreditados por la IHAN, gracias a los 10 pasos para una lactancia feliz, mejoran las tasas de LM.^{32,37,38,41}

Por último la realización de estudios sobre la LM debería incrementarse y unificarse, sería adecuado que se realizaran estudios por las diferentes comunidades autónomas con metodologías y variables a estudiar similares o iguales, esto ayudaría a hacer un mejor análisis de la situación a nivel de España.^{29,42,44} Además sería necesario aumentar el estudio de las diferentes intervenciones y programas de promoción de la LM, para así conocer la efectividad de estos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Who. Lactancia Materna Exclusiva [Sede web]. [acceso 19 de enero de 2015]
Disponible en:
http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
2. Unicef. Lactancia Materna [Sede web]. Unicef; [acceso el 19 de enero de 2015]
Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
3. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna [Sede web]. España: aepap;
[Actualizado el 19 Diciembre de 2006; acceso el 20 de enero de 2015]. Disponible en:
<http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>
4. Olivares, Grohnert M, Buñuel Álvarez JC. La lactancia materna reduce el riesgo de ingreso hospitalario por gastroenteritis e infección respiratoria de vías bajas en países desarrollados. *Evid Pediatr* 2007; 3: 68-71.
5. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Ortíz González LC, Soriano Faura FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ et al. Síndrome de la muerte súbita del lactante. Factores de riesgo. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2013; 15: 361-70.
6. Comisión de Lactancia MINSAL, UNICEF. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. Chile. UNICEF; 1995.
7. Txakartegi Etxebarria X. Promoción de la lactancia materna desde atención primaria. En: Aranceta Bartrina J, Delgado Rubio A. *Clínicas españolas de nutrición. Nutrición infantil*. Barcelona: Masson; 2007.p. 29-38.
8. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Acosta M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011; 13: 33-46.
9. Hernández Aguilar MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Argüelles-Cañedo C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Val A et al. Centros de Salud IHAN (Iniciativa de Humanización de la Atención al Nacimiento y la Lactancia). Una garantía de calidad. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11: 513-29.
10. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotios and Support of Breastfeeding. [Sede web]. Florencia: Unicef; 1 de agosto de 1990 [acceso el 21 de enero de 2015]. Disponible en:
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html
11. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.

12. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
13. Palomares Gimeno MJ, Fabregat Ferrer E, Folch Manuel S, Escrig García B, Escoín Peña F, Gil Segarra C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. Rev Pediatr Aten Primaria 2011; 13: 47-62.
14. IHAN. Iniciativa Hospital amigo de los Niños [Sede web]. España: IHAN; 2008 [Actualizado el 8 de febrero de 2014; acceso el 21 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.ihan.es/index_centros.asp?tipoCentro=1
15. Ine. Tipo de lactancia según sexo y comunidad autónoma. Población de 6 meses a 4 años [Sede web]. España: Ine; 2006 [Acceso el 22 de enero del 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p07/I0/&file=03111.px>
16. Oliver Roig A, Chulvi Alabort V, López Valero F, Lozano Dura MS, Seva Soler C, Pérez Hoyos S. Momentos críticos de abandono de la lactancia materna en un seguimiento de 6 meses. Enferm Clin 2008; 18(6): 317-20.
17. Baztán I, Ortega I, Armendáriz Y, Barace E. Evolución de la lactancia materna en la población que atiende el Centro de Salud de Mendillorri. An Sist Sanit Navar 2009; 32(1): 43-49.
18. Pereda Goikoetxa B, Etxaniz Elosegi I, Aramburu Aliaga I, Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. Matronas Prof 2014; 15(2): e1-e8.
19. 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 Llàtzer" de Palma de Mallorca. Acta Pediatr Esp 2012; 70(5): 186-194.
20. Rodríguez Martínez G, Fuertes Fernández-Espinar J, Samper Villagrasa MP, Broto Cosculluela P, Collado Hernández MP, Sebastián Bonel MF et al. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. Acta Pediatr Esp 2008; 66(11): 564-568.
21. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urra JE, Oliver Roig A, García de León González R et al. Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? Acta Pediatr Esp 2009; 67(6): 283-289.
22. Cebrián A, Díez-Domingo J, Albert Rue A, Ballester Sanz A, Gamón Gurrea F. Evaluación de un programa de intervención para incrementar el inicio y la duración de la lactancia materna en un centro de salud. Acta Pediatr Esp 2006; 64: 111-114.

23. Rodríguez Martínez G, Fuertes Fernández-Espinar J, Samper Villagrasa MP, Broto Coscolluela P, Collado Hernández MP, Sebastián Bonel MF et al. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. *Acta Pediatr Esp* 2008 564-568.
24. 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 Aten Primaria* 2008; 10: 603-16.
25. Arnedillo Sánchez S, Romero Martínez J, Barberá Rubini N, Ruiz Ferrón MC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el área sanitaria del hospital de valme. *Matronas Prof.* 2006; 7(2): 14-21.
26. Medina López R, Doncel Molinero D, Reyes Alvarado S, Álvarez Aldeán J, Morales Asensio JM. Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados a la adherencia prolongada. *Metas de Enferm* 2011; 14(8): 16-22.
27. Iglesias Casás S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. *Enferm Clin* 2008; 18(3): 142-6.
28. Cardenas MH, Montes E, Varon M, Arenas N, Reina R. Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de la lactancia materna exclusiva. *EnfermGlob* 2010; 20: 1-10.
29. 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* 2009; 24: 213-217.
30. Oliver Roig A, Richart Martínez M, Cabrero García J, Pérez Hoyos S, Laguna Navidad G, Flores Álvarez JC et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010; 18(3): 79-87.
31. Oribe M, Letxundi A, Basterrechea M, Santa-Marina L, Villar M et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gac Sanit* 2015; 29(1): 4-9.
32. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc)* 2013; 79(5): 312-318.
33. Rius JM, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado MA, López A et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr (Barc)* 2014; 80(1): 6-15.

34. Rodicio García MM, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M, Rodríguez Sáez MJ, Andrés Andrés A, Vázquez Caruncho M. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65(1): 6-11.
35. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Lactancia materna y vuelta al trabajo [Sede web]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España; [acceso el 10 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.uclm.es/servicios/prevencion/documentacion/maternidad/ntp_664_Lactancia%20y%20vuelta%20al%20trabajo.pdf
36. Gasa Salar A, Pié Dols N, Martorell Poveda MA. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia* 2013; 10(41).
37. 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 (Barc)* 2008; 68(5): 447-53.
38. Cabezuelo Huerta G, Vidal Micó S, Abeledo Gómez A, Frontera Izquierdo P. Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatría* 2006; 62(3): 212-218.
39. Who. La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil [Sede web]. Ginebra: Who; 27 de abril de 2006 [acceso 9 de mayo de 2015] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/>
40. Borja Pastor MC, Rico Marí E, Morales Suárez-Varela MM, Úbeda Sansano MI, Codoñer Franc P. Estudio comparativo de la lactancia materna entre dos zonas básicas de salud de la Comunidad Valenciana. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 421-33.
41. Rocha S, Rodrigues P, Godinho C, Jiménez Cortés A. La lactancia materna: estudio comparativo de dos poblaciones, una portuguesa y otra española. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2008; 10: 227-37.
42. Sarrió Sanchis A, Gonzáles Llopis L. Prevalencia y duración de la lactancia. Influencia sobre los parámetros antropométricos del lactante. *Metas de Enferm* 2011; 14(5): 13-18.
43. García López MA, Ros Bas O. Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. *Enferm Clin* 2010; 20(2): 109-113.
44. Martínez Galiano JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enferm* 2010; 13(6): 61-67.
45. Barriuso Lapresa LM. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2007; 9: 589-612.

46. Peñuelas Carcavilla MC, Enjunti Gutiérrez B, Cruz Argudo J, Peñuelas Carcavilla R. Prevalencia de la lactancia materna en Atención Primaria e influencia de factores sociosanitarios y culturales. *Metas de Enferm.* 2008; 11(7): 14-17.
47. Raventós Canet A, Crespo García A, Villa Vázquez S. Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: 409-20.
48. Gonzáles Herrero M, Toledano Bueno J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65(3): 123-125.
49. Olmo Navarro JE, Molina Ruano MD, López Sánchez R, Bermúdez Ruiz MI, Castaño Molina MA. Duración de la lactancia materna en el noroeste murciano. *Matronas Prof.* 2008; 9(2): 12-16.
50. Who. World Health Statistics [Sede web]. [acceso 10 de mayo de 2015] Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/