

FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PRIMEROS 12 MESES DE VIDA

FACTORS ASSOCIATED WITH THE ABANDONMENT OF BREASTFEEDING IN THE FIRST 12 MONTHS OF LIFE

Lorena Corral-Cao*, Patricia Rey- Fernández, Carla C. Gobbato

Servicio Gallego de Saúde (SERGAS)

** Contacto principal para correspondencia editorial*

Corral Cao, L., Rey Fernández, P., & Gobbato, C. (2022). Factores asociados al abandono de la lactancia materna en los primeros 12 meses de vida. Revista Ene De Enfermería, 16(3). Consultado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1404>

RECIBIDO: Mayo 2022
ACEPTADO: Junio 2022

Resumen

Objetivo: determinar los factores relacionados con la gestación, parto y puerperio que influyen en el abandono de la lactancia materna (LM) en los primeros 12 meses de vida.

Metodología: estudio descriptivo, observacional y retrospectivo con una muestra de 131 mujeres y sus recién nacidos, atendidos/as en el Hospital de Verín (Ourense) entre Enero de 2014 y Abril de 2018. Se analizaron variables como edad materna, procedencia (urbana/rural), complicaciones obstétricas, hábitos tóxicos, tipo de parto, alimentación del recién nacido (lactancia materna, mixta o artificial) así como el peso, talla y percentil al nacimiento, a los 3, 6 y 12 meses de vida. Fue considerado estadísticamente significativo un p-valor <0,05.

Conclusiones: las cifras de prevalencia de LM tras los primeros 180 días y hasta el año muestran valores que doblan (40.5%) los descritos en nuestra área geográfica (20%). El consumo de tabaco, el residir en el ámbito rural, el uso de episiotomía así como el sexo del recién nacido y la presencia de complicaciones se han relacionado con la reducción de las tasas de LM. Los resultados obtenidos pueden ser útiles para diseñar estrategias orientadas a un correc-

to apoyo y asesoramiento de la lactancia materna.

Palabras clave: antropometría, factores de riesgo, tabaquismo, recién nacido, lactancia materna.

Abstract

Objective: to determine the factors related to pregnancy, childbirth and puerperium that influence the abandonment of breastfeeding in the first 12 months of life.

Methodology: Descriptive, observational and retrospective study with a sample of 131 women and their newborns attended at the Hospital de Verín (Ourense) between January 2014 and April 2018. Variables such as maternal age, origin (urban/rural), obstetric complications, toxic habits, type of childbirth, newborn feeding (breastfeeding, mixed or artificial) as well as weight, height and percentile at birth, at 3, 6 and 12 months of life were analyzed. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

Conclusions: breastfeeding prevalence figures after the first 180 days and up to the year show values that double (40.5%) those described in our geographic area (20%). Tobacco use, rural residence, the use of episiotomy as well as the sex of the newborn and the presence of complications have been linked to the reduction of breastfeeding rate.

The results obtained can be useful in designing strategies for proper breastfeeding support and counselling.

Keywords: anthropometry, risk factors, smoking, newborn, breastfeeding

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la lactancia materna (LM) como la primera comida natural para los recién nacidos debido a que aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año.

A corto plazo, se ha visto que la lactancia materna implica el contacto piel con piel, lo que contribuye a un buen desarrollo social y emocional (1). Según datos publicados por la Asociación Académica de Pediatría (2), los efectos protectores de la lactancia materna a medio y largo plazo van desde una disminución de la incidencia de patologías infecciosas de tipo gastrointestinales en un 64% hasta una menor tasa de trastornos metabólicos en época infantil y en el periodo adulto. Además cuenta con propiedades analgésicas, promueve el crecimiento de bacterias benéficas que forman parte del tracto digestivo y la piel, lo que lleva a un

buen desarrollo del sistema inmunológico, gastrointestinal y neurológico.

Del mismo modo, contribuye a la salud y al bienestar óptimo de las madres al disminuir la pérdida sanguínea, espaciar los embarazos, fomentar el apego, reducir el riesgo relacionado con la depresión posparto y el de cáncer de ovario y mama (3).

La alimentación con LM probablemente es la intervención sanitaria que, con menores costes económicos, consigue mayores beneficios sobre la salud del individuo. Es innegable que se trata de una forma de alimentación segura carente de riesgos para el medio ambiente (4,5,6). De hecho, organismos internacionales como UNICEF y la propia OMS se han suscrito al Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño con la finalidad, entre otras, de aumentar por lo menos en un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida en el 2025 (7).

Pese a la importancia de esta práctica, el análisis de los datos disponibles (8) muestran que, a nivel mundial, menos de la mitad de los recién nacidos son puestos al pecho dentro de la primera hora de vida. Concretamente, en nuestro país, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud publicada por el Instituto Nacional de Estadística Es-

pañol (INE) en 2017 la tasa de lactancia materna exclusiva (LME) a las seis semanas de nacimiento es del 73,9%, a los tres meses del 63,9% y del 39% a los seis meses de vida, alejándose de esta manera a las recomendaciones de los organismos nacionales e internacionales.

A nivel autonómico, en Galicia, al igual que ocurre en el resto del territorio nacional, la LM ya sea exclusiva o combinada con otro tipo alimentación, se aproxima al 90% en el momento del nacimiento. Concretamente el 81,8% de los niños nacidos en nuestro territorio la recibieron en sus primeros días de vida y para el 97,2% comenzó en el propio hospital. Pero conforme pasan las semanas las cifras descienden de manera acusada y son apenas cuatro de cada diez (41,3%) madres gallegas las que la mantienen a los seis meses. De hecho, el abandono más acusado de LM se produce en el primer mes de vida, momento en que la prevalencia disminuye en 12 puntos porcentuales respecto al nacimiento (9).

Por lo tanto, resulta fundamental explicar que una lactancia materna exitosa puede estar condicionada por múltiples factores como la edad materna, experiencias previas, apoyo social y familiar, falta de información, nivel de estudios, presencia de hábitos tóxicos, apari-

ción de complicaciones en el embarazo, parto o posparto, tipo de parto, uso de chupetes, ingresos hospitalarios del neonato así como la incorporación de la madre al mundo laboral entre otros (10).

Debido a los datos anteriormente mencionados y con la finalidad de mejorarlos, el 13 de noviembre de 2019, la Secretaria General de Sanidad y Consumo, publicó el Convenio con la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y potenciación de la humanización de la asistencia al nacimiento.

De tal forma, es importante contar con todos los datos disponibles que puedan apoyar dichas prácticas en nuestro entorno sanitario y es por ello que el objetivo del presente estudio es analizar los factores relacionados con el embarazo, parto y puerperio que condicionan la duración de la LM con el fin de buscar estrategias e intervenciones exitosas para el binomio madre-hijo.

Objetivo principal: Determinar los principales factores asociados a la gestación, parto y puerperio que influyen en la menor tasa de lactancia materna en los primeros 12 meses de vida.

Objetivos específicos:

- Identificar el percentil de los niños alimentados con lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

- Determinar la prevalencia de lactancia materna al nacimiento, 1, 3, 6 y 12 meses.

- Identificar los factores maternos y neonatales involucrados en la reducción de la tasa de lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño y sujetos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en datos clínicos y sociodemográficos de todas las gestantes primíparas y sus recién nacidos que fueron atendidos durante su embarazo, parto y puerperio en el Hospital de Verín (Ourense), entre Enero de 2014 y Abril de 2018; así como sus recién nacidos seguidos durante su primer año de vida. En ese periodo se registraron 401 nacimientos.

Criterios de inclusión

Gestantes primíparas, con seguimiento del embarazo (inicio antes de las 12 semanas de gestación y asistencia como mínimo a 5 consultas), atención al parto y puerperio en el Hospital de Verín, no tener patologías previas,

haber tenido un parto a término con feto único (entre 37 y 42 semanas de gestación). Sólo se tuvieron en cuenta las primíparas para que no hubiese posibles interferencias con una lactancia anterior y que ello condicionase de alguna manera una nueva.

Criterios de exclusión

Edad en el momento de la gestación menor de 18 años, mujeres incapacitadas legalmente, mujeres multíparas, con gestaciones previas que concluyeron en aborto en el segundo trimestre de gestación, parto antes de la semana 37, mujeres con patología prenatal grave, o mujeres que no aceptan entrar en el estudio tras leer el consentimiento informado y niños que desarrollaron patologías durante el primer año de vida. Además de aquellos cuyas historias clínicas estaban incompletas por lo que no permitían el análisis de los datos.

Del total de recién nacidos atendidos en el periodo de estudio (n= 401), 131 reunían los criterios de inclusión y fueron incluidos en el mismo. El tamaño muestral fue calculado en base al número de partos de la última década, con un nivel de confianza del 95% y una precisión de $\pm 9,0\%$.

Para poder recopilar los datos necesarios para el estudio se utilizó la historia clínica informatizada (IANUS) del

Servicio Galego de Saúde (SERGAS) desde donde se recogieron variables sociodemográficas, antropométricas y obstétricas de las madres y sus recién nacidos durante su primer año de vida, así como de su alimentación. Se registró dicha información en el momento del parto, 1 mes, 3 meses, 6 meses y al año de vida. En la Figura 1 se reflejan los datos recogidos y los cuestionarios auto-cumplimentados.

Variables de estudio

- Variables que se estudian en la madre:
 - Sociodemográficas: Edad materna, residencia de la madre (urbana o rural).
 - Hábitos nocivos durante la gestación: Fumadora / exfumadora / no fumadora
 - Antropométricas: Talla, peso pregestacional, peso en el 1º trimestre y 3º trimestre, IMC pregestacional, IMC en el primer y tercer trimestre.
 - Obstétricas: Fecha de 1ª consulta de embarazo, presencia de complicaciones durante la gestación (preeclamsia, diabetes gestacional hipotiroidismo/hipertiroidismo), edad gestacional en el momento del parto, tipo de parto (eutócico, instrumental, cesárea)

complicaciones en el posparto (ejemplo; hemorragia posparto, fiebre, hipotensión).

Variables que se estudian en el neonato al nacimiento, 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses:

- Sociodemográficas: Fecha de nacimiento
- Antropométricas: Peso, talla, IMC, percentiles
- Relacionadas con el nacimiento: Sexo, Apgar al minuto y a los cinco minutos
- Tipo de alimentación a lo largo del periodo de estudio: Lactancia materna, artificial, mixta y complementaria

Recogida de datos

La captación de la muestra se llevó a cabo en las salas de espera de las consultas del servicio de Obstetricia y Ginecología, así como de las del servicio de Pediatría. Tras obtener el consentimiento por escrito, los datos del presente estudio, tanto de las mujeres como de los recién nacidos, se recogieron de forma retrospectiva a través del acceso a la Historia Clínica Informatizada (IANUS).

La matrona fue la profesional sanitaria encargada de ofrecer la información a las participantes, obtener los con-

sentimientos y la responsable del acceso a la historia clínica. Todo el proceso contó con la aprobación de los jefes del servicio de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, así como la propia gerencia del centro.

Aspectos éticos: Este trabajo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC de Pontevedra- Vigo-Ourense) con Código de registro 2018/216. La gestión de los datos recogidos así como el manejo de los mismos ha cumplido en todo momento con las exigencias de la Ley Orgánica de Protección de Datos. Los datos utilizados fueron anonimizados previamente antes de estudiarlos. El estudio se ha realizado respetando los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se ha efectuado mediante la aplicación informática: IBM-SPSS Statistics versión 25.

Análisis descriptivo de variables cualitativas con tablas de frecuencias y porcentajes.

Las variables cuantitativas han sido descritas mediante las herramientas habituales (a) de centralidad: media y mediana; y (b) de variabilidad: rango ob-

servado y desviación estándar. En algunas de las variables se han calculado los valores de los percentiles de la muestra.

Se emplearon Test de significación de diferencia entre medias (Student) para comparar variables cuantitativas que se distribuyen normalmente entre los grupos de casos distintos.

Se emplearon Test Chi-cuadrado para el cruce de variables categóricas.

Se calculó el tamaño del efecto para expresar la magnitud de las diferencias entre unas y otras muestras. Este tamaño del efecto se expresó en R² (escala: 0-1) para que pueda ser comparado entre distintos tipos de datos en las variables y entre distintos tipos de test estadísticos. Cuando se compararon medias, R² se calculó desde el valor “d” de Cohen. Cuando las variables fueron categóricas, R² se calculó desde el coeficiente V de Cramer, similar al de Pearson pero específico para este tipo de datos.

En todas estas pruebas estadísticas inferenciales, se considera significación cuando $p < .05$ (n.c. 5% habitual) y alta significación cuando $p < .01$ (n.c. 1%).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1.1.- Características de la madre relacionadas con el embarazo y parto

Se han recogido los datos de 131 madres, con edades comprendidas entre los 18 y los 43 años dentro de una distribución que se ajusta a la campana normal de Gauss con media de casi 31 años (30.6; IC: 29.6 – 31.5; desviación estándar: ± 5.62). De ellas, 73 (55.7%) proceden de un hábitat urbano frente a 58 (44.3%) que son del rural. La edad gestacional en el momento del parto se produjo dentro del rango [37.01 – 41.09] con una media de 39.46 semanas en 5 casos hubo complicaciones durante el parto (3.8%). Se observó desgarro vaginal en 28 casos (21.4%), episiotomía en 54 casos (41.2%); y hemorragia post-parto en 4 casos (3.1%).

La media de ganancia de peso fue de 13,3 kg (rango: 3-33) con un incremento del IMC medio de 5 Kg/m², desde la situación previa al embarazo hasta el 3er trimestre.

El 70.2% de la muestra no es fumadora (n=92) y las complicaciones durante el embarazo afectaron al 31.3% (n=41) siendo el hipotiroidismo la de mayor incidencia con un 27.5% (n=36).

1.2.- Características del neonato.

El 48.1% de los partos fueron eutócicos (n=63), el 23.7% (n=31) partos instrumentales y cesáreas el 28.2% (n=37).

Con respecto al género, el 52.7% (n= 69) fueron varones. El peso al nacimiento varía dentro del rango entre [2.33- 4.48 Kg], con media de 3.31 Kg. En su equivalencia en percentiles, la media se sitúa cerca del P39. La talla al nacer varía entre [46 - 56 cms], con media de 50.8 cms. Convertido en percentiles, esta media es equivalente al P56. El 94.7% tuvo APGAR 10. Un 13% (n=17) presentó complicaciones, malformaciones o necesidad de ingreso.

En cuanto a la alimentación el 68% (n=89) se decantaron por la lactancia materna exclusiva y el 16% (n=21) para artificial y mixta respectivamente.

Analizando la evolución del peso, talla e IMC de los recién nacidos en los primeros 12 meses, así como los percentiles de peso y talla se ha observado que el peso medio casi se duplica a los 3 meses y se triplica sobre el valor al nacer al cumplir el año. La talla se incrementa un 34% al cumplir los 6 meses y un 50% al llegar al año desde el nacimiento. La variación del IMC es menor a la que se observa en peso y talla. En concreto, el valor medio se ha incrementado porcentualmente un 13.3% al mes, un 25.1% a los 3 meses, un 30.1% a los 6 meses y un 31.9% al año con respecto al valor al nacer.

2.- Tipo de lactancia

Se observa que la alimentación materna se va reduciendo en cada momento de observación (tabla 1), siendo la prevalencia de 69.5% al mes de nacimiento con un reducción de 14.5 puntos sobre las cifras iniciales de LM (84%). A los 3 meses la prevalencia se sitúa en un 60.3% llegando a cifras de 46.6% al 6º mes.

En cuanto a la alimentación materna exclusiva también se ha visto que se produce una reducción muy significativa en los primeros 6 meses, de tal manera que de un 68% de LME al nacimiento, disminuye 16.9 puntos en el primer mes (51.1%), llegando a alcanzar cifras de 7.6% al 6º mes; momento en el que la LM se mantiene unida a una alimentación complementaria (22.9%). Según esto, habría alimentación materna, solo o complementada, en un 30.5% de los casos.

Al cumplir el año, la prevalencia de LM (LM + complementaria, mixta + complementaria) es de un 40.5% (incidencia: 32.0% - 49.4%; al 95% de confianza). La alimentación mixta supone un 16% de casos al momento de nacer, manteniéndose en valores similares durante todo el periodo de estudio.

Según esos resultados, se deduce que la alimentación materna, sola o

acompañada de otra alimentación, se realiza:

- al nacimiento del bebé, en un 84% de los casos (incidencia entre un 76.5% y un 89.8% teniendo este IC un 95% de confianza en la estimación);
- se mantiene entre el 60% y el 70% en los primeros meses (60.3% - 69.5%);
- y se reduce hasta un 46.6% al llegar al 6º mes (incidencia: 37.8% - 55.5%; al 95% de confianza).

Tabla 1. Alimentación durante los doce primeros meses de vida del recién nacido

Tipo de alimentación	Al nacer	Mes 1	Mes 3	Mes 6	Mes 12
Materna (exclusiva)	68.0 % (89)	51.1 % (67)	39.7 % (52)	7.6 % (10)	--- ---
Artificial (exclusiva)	16.0 % (21)	30.5 % (40)	39.7 % (52)	0.8 % (1)	--- ---
Mixta (exclusiva)	16.0 % (21)	18.3 % (24)	20.6 % (27)	--- ---	--- ---
Maternal + Complementaria	--- ---	--- ---	--- ---	22.9 % (30)	29.8 % (39)
Artificial + Complementaria	--- ---	--- ---	--- ---	52.7 % (69)	59.5 % (78)
Mixta + Complementaria	--- ---	--- ---	--- ---	16.0 % (21)	10.7 % (14)
Materna (solo o acompañada)	84.0 % (110)	69.5 % (91)	60.3 % (79)	46.6 % (61)	40.5 % (53)
Artificial	16.0 % (21)	30.5 % (40)	39.7 % (52)	53.4 % (70)	59.5 % (78)

Tabla 2. Factores maternos que pueden influir en la reducción de la lactancia materna en el sexto mes de vida del recién nacido

	Muestra total	Alimentación mes 6		Test de contraste	Tamaño del efecto R ²	
HÁBITAT				Chi ² =0.50 NS	.479	.004
Rural	44.3 %	41.0 %	47.1 %			
Urbano	55.7 %	59.0 %	52.9 %			
EDAD DE LA MADRE				t=0.58 NS	.561	.003
Media (D.E.)	30.6 (5.62)	30.9 (5.62)	30.3 (5.64)			
Rango	18/44	18/42	18/44			
MADRE FUMADORA				Chi ² = 3.10 NS	.222	.018
Nunca fumadora	70.2 %	70.5 %	70.0 %			
Exfumadora	13.7 %	18.0 %	10.0 %			
Fumadora actual	16.0 %	11.5 %	20.0 %			
GANANCIA EXCESIVA DE PESO (Sí)	42.0 %	37.7 %	45.7%	Chi ² = 0.86 NS	.354	.006
COMPLICACIONES 1er Trimestre (Sí)	31.3 %	29.5 %	32.9 %	Chi ² = 0.17 NS	.680	.002
COMPLICACIONES 3er Trimestre (Sí)	31.3 %	31.1%	31.4 %	Chi ² = 0.00 NS	.972	.000
HIPOTIROIDISMO 1er y 3er Trimestre. (Sí)	27.5 %	26.2 %	28.6 %	Chi ² = 0.09 NS	.765	.001
DIABETES	6.1 %	8.2 %	4.3 %	Chi ² = 0.87 NS	.351	.006
TIPO DE PARTO				Chi ² =1.23 NS	.541	.009
Eutócico		70.5 %	70.0 %			
Instrumental		18.0 %	10.0 %			
Cesárea		11.5 %	20.0 %			
COMPLICACIONES EN EL PARTO (Sí)	3.8 %	4.9 %	2.9 %	Chi ² = 0.38 NS	.539	.002

DESGARRO VAGINAL (Sí)	21.4 %	26.2 %	17.1 %	Chi ² = 1.60 NS	.206	.012
EPISIOTOMÍA (Sí)	41.2 %	34.4 %	47.1 %	Chi ² = 2.18 NS	.140	.017

N.S. = NO significativo

Análisis inferencial comparativo. (N=131)

3.- Factores que influyen en la reducción de lactancia materna.

Se ha visto que los meses en los cuales se puede llegar a un grado de significación, corresponden al mes y a los 6 meses de nacimiento. Por lo tanto analizando los efectos / diferencias sobre la variable LME o LMC (61; 46.6%) vs LA y/o LAC (70; 53.4%) relacionadas con la madre (tabla 2) a los 6 meses no se ha podido establecer relación estadísticamente significativa ($p > .05$) ni ningún tamaño del efecto ($< 2\%$) que sea suficiente como para poder ser tomado como indicio de relación. Por tanto, aun-

que en los datos descriptivos se puede ver una pequeña diferencia, no tenemos evidencias estadísticas suficientes para poder admitir que alguna de estas variables sea un factor relacionado con la alimentación materna a los 6 meses de vida del neonato.

En cuanto a las variables relativas a los recién nacidos (tabla 3) tampoco se ha encontrado significación estadística ($p > .05$) ni tamaño del efecto suficiente como para poder concluir que hay alguna de estas variables que pueda ser considerada como factor relacionado con la alimentación materna al 6º mes.

Tabla 3. Factores neonatales que pueden influir en la reducción de la lactancia materna en el sexto mes de vida del recién nacido

FACTOR	Muestra total	Alimentación mes 6		Test de contraste		Tamaño del efecto R ²
		MATERNA (n=61)	ARTIFICIAL (n=70)	Valor	P valor	
SEXO NEONATO				Chi ² =2.92	.088	.022
Masculino	52.7 %	60.7 %	45.7 %			
Femenino	47.3 %	39.3 %	54.3 %			
TALLA AL NACER (cms)				t=0.88 NS	.381	.006
Media (D.E.)	50.84 (1.78)	50.70 (1.74)	50.97 (1.83)			
Rango	46 / 56	47 / 55	46 / 56			
PESO AL NACER (grs)				t=0.21 NS	.833	.000
Media (D.E.)	3309 (430)	3300 (428)	3316 (434)			
Rango	2330 / 4480	2600 / 4480	2330 / 4330			
PESO EN EL MES 1 (grs)				t=0.69 NS	.490	.004

Media (D.E.)	4248 (478)	4279 (461)	4221 (494)			
Rango	3065 / 5490	3480 / 5490	3065 / 5270			
PESO EN EL MES 3 (grs)				t=0.23 NS	.822	.000
Media (D.E.)	6013 (731)	6028 (659)	6000 (792)			
Rango	4170 / 7940	4840 / 7820	4170 / 7940			
PESO EN EL MES 6 (grs)				t=0.99 NS	.326	.007
Media (D.E.)	7750 (803)	7675 (742)	7814 (854)			
Rango	5400 / 9770	5975 / 9415	5400 / 9770			
MACROSÓMICO (Sí)	6.9 %	4.9 %	8.6 %	Chi ² =0.68 NS	.410	.005
MALFORMACIÓN FETAL (Sí)	4.6 %	3.3 %	5.7 %	Chi ² =0.44 NS	.506	.003
COMPLICACIONES (Sí)	6.1 %	4.9 %	7.1 %	Chi ² =0.28 NS	.596	.002

N.S. = NO significativo
= Casi significativo

Análisis inferencial comparativo.. (N=131)

Tabla 4. Factores neonatales que pueden influir en la reducción de la lactancia materna en el primer mes de vida del recién nacido

FACTOR	Muestra total	Alimentación mes 1		Test de contraste		Tamaño del efecto R ²
		MATERNA (n=91)	ARTIFICIAL (n=40)	Valor	P valor	
SEXO NEONATO				Chi ² =2.39 NS	.122	.018
Masculino	52.7 %	57.1 %	42.5 %			
Femenino	47.3 %	42.9 %	57.5 %			
TALLA AL NACER (cms)				t=0.04 NS	.811	.000
Media (D.E.)	50.84 (1.78)	50.82 (1.82)	50.90 (1.71)			
Rango	46 / 56	47 / 56	46 / 55			
PESO AL NACER (grs)				t=0.04 NS	.965	.000
Media (D.E.)	3309 (430)	3308 (436)	3312 (419)			
Rango	2330 / 4480	2490 / 4480	2330 / 4125			
PESO EN EL MES 1 (grs)				t=0.31 NS	.754	.001
Media (D.E.)	4248 (478)	4239 (493)	4268 (447)			
Rango	3065 / 5490	3285 / 5490	3065 / 5270			
MACROSÓMICO (Sí)	6.9 %	6.6 %	7.5 %	Chi ² =0.04 NS	.850	.000
MALFORMACIÓN FETAL (Sí)	4.6 %	4.4 %	5.0 %	Chi ² =0.02 NS	.879	.000
COMPLICACIONES (Sí)	6.1 %	3.3 %	12.5 %	Chi ² =4.11 *	.043	.031

N.S. = NO significativo * = Significativo

Análisis inferencial comparativo.. (N=131)

Con respecto al sexo del neonato se ha hallado diferencia cerca de la significación ($p < .10$), con un tamaño del efecto leve (2.2%). Los datos indican que hay más casos de sexo masculino con alimentación materna en el 6° mes (60.7%) y más casos de sexo femenino con alimentación artificial (54.3%). Es decir, que la reducción de alimentación materna es algo mayor entre los neonatos mujeres.

Del mismo modo al analizar las variables de las madres al mes de nacimiento, se ha encontrado algún factor que está relativamente cerca de la significación ($p < .20$) y que señalan unas posibles tendencias que se podrían estudiar en muestras de mayor tamaño:

De entre las madres fumadoras, el 25 % utiliza lactancia artificial, mientras que un 12.1 % se decanta por LME (25% vs 12.1%). Así mismo, la lactancia artificial es más frecuente en madres que tuvieron complicaciones en el parto (40% vs 27.5%) y en aquellas que viven en el medio rural (52.5% vs 40.7%). Por último la prevalencia de lactancia materna es menor en madres a las que se le practicó una episiotomía en el parto (50% vs 37.4%).

Analizando las variables relativas al neonato (tabla 4) al mes, los resulta-

dos siguen la misma tendencia que al 6° mes donde la LM es más frecuente en aquellos recién nacidos de sexo masculino (57.1%).

Se ha encontrado significación estadística ($p < .05$) con efecto solo moderado-leve (.031) en aquellos neonatos que presentaron complicaciones, observando una reducción del uso de lactancia materna en el 1er mes (12.5% vs 3.3%).

DISCUSIÓN

La lactancia materna es considerada el método de referencia para la alimentación y crianza del lactante. Aunque recibir LM alguna vez, comparado con no lactar nunca ya resulta beneficioso para la salud del niño y de su madre, la evidencia actual confirma que dichos beneficios son dosis-dependiente. Por ello, uno de los indicadores más valorados es el mantenimiento de la LME durante los primeros 6 meses de vida y su continuidad hasta los dos años de manera complementaria (11).

En el presente estudio, la prevalencia LME al alta es similar a la obtenida por Vila- Candel et al. (12) y Gomis-Cebrián et al. (13) con un 68.2% respectivamente; pero inferiores a otras investigaciones desarrolladas en la última dé-

cada en nuestro entorno como las de Oribe et al. con cifras de 84.8% y Oliver-Roig et al. con un 89.7% (14,15).

Las cifras obtenidas de LME en los diferentes periodos estudiados no son ni de lejos las recomendadas (16) llegando a cifras verdaderamente bajas (7.6%) a los 6 meses. Este último dato es similar a lo publicado en 2008 por Ortega et al. (17) donde se encontraron cifras del 8%; inferior a lo hallado por Rius et al. (18) con un 21% y superiores a la prevalencia de Campiño-Valderrama (2019) con un 4.8% (19). Asimismo, en los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística Español (INE) en 2017 muestran tasa de LME a las seis semanas del 73.9%, a los 3 meses del 63.9% y 39% a los 180 días de vida. Estudios realizados en Suecia en la última década, muestran similitud con las recomendaciones actuales, llegando a cifras de 75.1% de LME a los 6 meses de vida (20).

Los resultados encontrados en cuanto a cifras de lactancia materna no exclusiva desde el inicio, son similares a los publicados en 2018 por el Sistema de información sobre conductas de riesgo (SICRI) (21), de tal manera que el 84% de los recién nacidos antes del mes estaba siendo alimentado con lactancia materna, mixta o exclusiva, porcentaje que decae hasta el 46.6% a los 6 meses.

Al hablar de lactancia mixta se halló que este porcentaje se mantiene constante durante todo los periodos estudiados con cifras aproximadas entre 16%-20.6%, lo que es ligeramente inferior a las de García Vera et al (22) con valores comprendidos entre e 18%-21.93% pero concuerdan con los últimos datos epidemiológicos de nuestra comunidad con un 18%(21).

Revisadas diferentes investigaciones como las llevadas a cabo por Oliver Roig et al. (23), Cuadrón Andrés et al. (24) donde obtuvieron similares resultados a los hallados en esta publicación, comprobamos que existe un denominador común como períodos críticos de lactancia: el mes y los 6 meses de vida. El primero de ello parece coincidir con la pérdida de apoyos asistenciales de la lactancia, y el segundo, se presenta en el momento de la vuelta al trabajo de las madres, con la introducción precoz de alimentación complementaria (25,26). Es importante que la alimentación complementaria se introduzca pasados los 6 meses de vida, para disminuir el riesgo de alergia a los alimentos y prevenir así la obesidad (27). En la presente investigación observamos que entorno a un 40% de las madres a los seis meses introducen alimentación complementaria, dato que se aleja bastante de las recomendaciones actuales de la

OMS que aconseja alcanzar cifras del 50% de LME en ese periodo (16). Este hecho, proporciona una visión muy clara de por donde tiene que ir las políticas y actuaciones en dicha materia y en qué momentos hay que actuar para prevenir el abandono de la lactancia materna.

Al año, un 40.5% de las madres de nuestro estudio siguen ofreciendo lactancia materna a sus hijos, valores éstos, superiores a los encontrados en 2021 en el estudio Zorrotzaurre (20.6%) (28) y similares a los hallados en 2017 en el Área sanitaria de Vigo por Rodríguez-Pérez et al. (29) con un 50.2%, pero que casi duplican las halladas en el resto de Galicia en 2016 (21) con un 23%.

Así mismo, se han encontrados datos relativos al mes de nacimiento que señalan unas tendencias con respecto a la lactancia materna que podrían ser estudiadas en muestras mayores:

La asociación entre tabaco en la gestación y menor probabilidad de dar lactancia materna coincide con los datos publicados en diferentes investigaciones (24, 30). Así mismo, la prevalencia del tabaquismo durante la gestación es similar a la obtenida por Míguez y Pereira en 2018 un 15.7%(31).

Al igual que distintas publicaciones internacionales llevadas a cabo en el último lustro (32,33,34,35) las cifras de lactancia materna durante los primeros

30 días de vida se redujeron de manera estadísticamente significativa en aquellos neonatos que presentaron complicaciones y precisaron ingreso hospitalario.

En cuanto al lugar de residencia de la madre, se ha podido observar una mayor tendencia al uso de lactancia artificial en aquellas del medio rural (52.5% vs 40.7%). Este dato es contrario a lo aportado por Marín Arias (36) donde la comunidad que da más tiempo LM corresponde a la rural y a los de Nevedy Mendez J. (37) en el que el abandono de LM es mayor en el medio urbano.

Con respecto a las gestantes que han presentado complicaciones en el parto, al igual que estudios como los de Gloria Gutiérrez del 2015 (38) se ha observado que el uso de lactancia artificial es más común (40% vs 27.5%). Del mismo modo, al hablar de episiotomía, observamos que las cifras de lactancia materna descienden (50% vs 37.4%), lo que coincide con los publicado por Steen M, Marchant P. et al. (39)

Por otro lado, el sexo del recién nacido se ha podido relacionar con la duración de la lactancia materna, siendo mayor en el grupo de niños que en el de niñas. Sin embargo estudios anteriores llevados a cabo en el 2012, como los de Niño M Rosa, Silva E Gioconda et al. (40), relacionan la lactancia materna exitosa con el sexo femenino.

CONCLUSIONES

A la vista de todo lo comentado, se han encontrados datos relativos al mes de nacimiento que están cerca de la significación ($p < .20$) y que señalan unas posibles tendencias que se podrían estudiar en muestras mayores. Este estudio ha permitido conocer que el consumo de tabaco, el residir en el ámbito rural, el uso de episiotomía así como el sexo del recién nacido y la presencia de complicaciones se han relacionado con la reducción de las tasas de LM. Así mismo, se ha visto que este abandono de la LM se produce en dos periodos críticos: 1º y 6º mes de vida; periodos que coinciden con falta de apoyo y vuelta a la actividad laboral con la consiguiente introducción precoz de la alimentación complementaria.

El personal sanitario tiene un papel importante en el apoyo y orientación de las mujeres. Por ello es de suma importancia implementar y reforzar los programas de apoyo y asesoramiento sobre los beneficios y las prácticas adecuadas de una LME, para de esta forma influir positivamente en las decisiones relacionadas con las prácticas de alimentación en los primeros años de vida del recién nacido.

AGRADECIMIENTOS

A todas las gestantes que desinteresadamente han aceptado formar parte del estudio y muy especialmente a la Doctora María Belén Vázquez Gómez por su paciencia, constancia e interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 11(11):CD003519.
2. Stiemsma LT, Michels KB. The Role of the Microbiome in the Developmental Origins of Health and Disease. *Pediatrics.* 2018;141(4):e20172437.
3. Pérez-Escamilla R, Segura-Pérez S. Maternal and economic benefits of breastfeeding. *UpToDate.* 2019; 26: 1-12.
4. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
5. Fernandez Marin C, Gutierrez Martinez M, Martos Vilchez M, et al. Guía de Lactancia Materna. Granada: Complejo Hospitalario Universitario de Granada; 2015.
6. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* 2021;88(1): 07-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000100001&lng=es.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Datos y Cifras. 2021. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). From the first hour of life: making the case for improved infant and young child feeding everywhere. 2016.
9. Boletín Epidemiológico de Galicia (BOE). 2018; Vol XXXI, nº 1.
10. Steven A Abrams, MD, Nancy M Hurst, PhD, RN, IBCLC. Breastfeeding the preterm infant. *UpToDate.* 2020; 28: 1-23.
11. Asociación Española de Pediatría (AEP). Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Comité de Lactancia Materna. AEP. 2016; pagina 3.
12. Vila-Candel R, Soriano-Vidal FJ, Murillo-Llorente M, Pérez-Bermejo M, Castro-Sánchez E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria.* 2019; 51(2): 91-98.
13. Gomis-Cebrián R, Parra-Hidalgo P, Calle-Urra J, Oliver-Roig A, García-de-León-González R, Alcazar-Quiñonero A, et al. Maternal breastfeeding in the Region of Murcia, does the problem persist?. *Acta Pediatr Esp.* 2009; 67: 283-289.
14. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, et al. Prevalence of factors associated with the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life in the INMA birth cohort in Gipuzkoa. *Gac Sanit.* 2015; 29: 4-9.
15. Oliver-Roig A, Chulvi-Alabort V, López-Valero F, Salud Lozano-Dura M, Seva-Soler C, Pérez-Hoyos S. Critical moments for weaning in a 6-month follow-up study. *Enferm Clin.* 2008;18: 317-320.
16. WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/publications/globaltarget-s2025>.
17. Ortega García JA, Pastor Torres E, Martínez Lorente I, Bosch Giménez V, Quesada López JJ, Hernández Ramón F, et al. Malama project in the region of murcia (Spain): Environment and breastfeeding. *An Pediatr (Barc).* 2008; 68 : 447-453.
18. Rius J, Ortuño J, Rivas C, Maravall M, Calzado M, López A, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *An Pediatr.* 2014; 80 :6-15.
19. Campiño Valderrama SM. Lactancia materna: factores que propician su abandono. *Archivos de Medicina (Col).* 2019 ;19(2): 331-341.
20. Wallby T, Hjern A. Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish country. *Acta Paediatr.* 2009;98:1799-804.
21. Sistema de Información sobre Conductas de Riesgo (SICRI). 2016.
22. García Vera C, Viar Urieta M, Fernández León A, Surribas Murillo C, Del Toro Calero C, Rodríguez López Márquez GA et al. Prevalencia global y por comunidades autónomas de los distintos tipos de lactancia durante el primer año de vida, a partir del seguimiento de una cohorte de 2066 niños. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2020;22(28): 20-2.
23. Oliver Roig A, Richart Martinez M, Cabrero García J, Pérez Hoyos S, Laguna Navidad G, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(3):09.
24. Cuadrón Andrés, M.P, Samper Villagrasa, M.L, Álvarez Sauras, J.J. Lasarte Velillasa, G. Rodríguez Martínez. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINAL. *An Pediatr.* 2013, 79 (5):312-318.
25. Carrillo Navarro A, Gallegos-Gallegos RP, Barragan- Lizama LA. Factores maternos que influyen en el abandono de la lactancia exclusiva. *Salud en tabasco.* 2020; 26 (1 y 2).
26. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).2012. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

27. Aguilar M, Sánchez M, Madrid N, Mur M, Expósito M, Hermoso E. Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. *Nutr Hosp.* 2014;31(2):606-620.
28. López de Aberasturi Ibáñez de Garayo Ayala, SantosIbáñez Nerea, Ramos Castro Yolanda, García Franco María, Artola Gutiérrez Carmen, Arara Vidal Isabel. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio Zorrotzaurre. *Nutr. Hosp.* Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112021000100050&lng=es.
29. M^a José Rodríguez-Pérez, Elena Álvarez-Vázquez, José Medina-Pomares, Carmen Velicia-Peñas, Ana Cal-Conde, Ana Goicoechea-Castaño et al. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, GALICIA. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91:9
30. Alves E, Azevedo A, Correia S, Barros H. Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort generation XXI. *Nicotine Tob Res.* 2013; 15(9): 1598.
31. Míguez Varela MC, Pereira B. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2018;92: e201805029. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es.
32. Herrera-Gómez A, Ramos-Torrecillas J, Ruiz C, Ocaña-Peinado FM, Luna-Bertos E, García-Martínez O. Prevalencia del inicio precoz de la lactancia materna. *Nutr. Hosp.* 2019; 36(4):786-791. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02121611201900400007&lng=es.
33. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J.* 2016;18(11):17
34. Craighead DV, Elswick RK Jr. The influence of early-term birth on NICU admission, length of stay, and breastfeeding initiation and duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2014;43(4):409-21.
35. Lau Y, Tha PH, Ho-Lim SST, Wong LY, Lim PI, Citra Nurfarah BZM, et al. An analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. *Matern Child Nutr.* 2018;14(1).
36. Marin-Arias L, Urena Cascante M.E., Fernández Rojas X. Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. *PSM.* 2018, 15(2): 1-22.
37. Névedy Méndez J, García Rojas L.E, Vázquez D, Reyes Barretero Y, Trujano Ramos LA. Factores que influyen en el abandono de la lactancia materna en un programa de apoyo para la misma en el Hospital de la Mujer en Morelia, Michoacán, en el periodo de septiembre a noviembre del 2014. *Nutr Hosp.* 2015;32(6):2618-2621.
38. Gutierrez de Terán Moreno G. Factores fisiológicos y sociales que influyen en el éxito de la LM. Universidad País Vasco. 2015.
39. Steen M, Marchant P. Alleviating perineal trauma: the APT study. *RCM Midwives J.* 2001; 4(8): 256-259.
40. Rosa Niño M, Gioconda Silva E, Eduardo Atalah S. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev. chil. pediatr.* 2012;83(2):161-169. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007&lng=es.