

# Lactancia materna: prevalencia y factores asociados. Análisis de una encuesta

Breastfeeding: prevalence and associated factors. Analysis of a survey

Jesús Enrique Maraña-González<sup>1</sup>, Antía Fernández-Pombo<sup>2</sup>, Oreste Gualillo<sup>3</sup>, Rosaura Leis-Trabazo<sup>4</sup>, José Manuel Fernández-Bustillo<sup>3,5,a</sup>

<sup>1</sup> RESIDENTE (R2) SERVICIO MEDICINA NUCLEAR HUCA (OVIEDO). CORREO ELECTRÓNICO: JESUSEMARANA@GMAIL.COM

<sup>2</sup> ADJUNTA SERVICIO ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: ANTÍA.FERNÁNDEZ.POMBO@SERGAS.ES

<sup>3</sup> INVESTIGADOR ESTATUTARIO A, XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA DE SANTIAGO. LABORATORIO NEIRID HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: ORESTE.GUALILLOSERGAS.ES

<sup>4</sup> PEDIATRA SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SANTIAGO DE COMPOSTELA. CORREO ELECTRÓNICO: MARÍA.ROSAURA.LEIS.TRABAZO@SERGAS.ES

<sup>5</sup> PEDIATRA CENTRO DE SAÚDE BERTAMIRÁNS AMES (A CORUÑA). IDIS (INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE SANTIAGO), GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEIRID C064. CORREO ELECTRÓNICO: JOSEMANUEL.FERNANDEZ.BUSTILLO@SERGAS.ES

<sup>a</sup> PEDIATRA AMBULATORIO CONCEPCIÓN ARENAL, SANTIAGO DE COMPOSTELA, A CORUÑA

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: José Manuel Fernández Bustillo. E-mail: josemanuel.fernandez.bustillo@sergas.es

Cad. Aten. Primaria  
Año 2021  
Volume 27(1)  
Páxs. 11-17

## RESUMEN

**Introducción:** La lactancia materna (LM) tiene beneficios sobre la salud de los niños y de las madres, sin embargo, su prevalencia en España está lejos de alcanzar los objetivos fijados por la OMS.

**Objetivos del estudio:**

1. **Objetivo principal:** Conocer el estado de la lactancia materna en Bertamiráns (Ames, A Coruña)
2. **Objetivos secundarios:**
  - Conocer las causas de abandono prematuro de la lactancia materna (LM)
  - Evaluar la eficacia de las clases de preparación para el parto impartidas en este centro de salud
  - Explorar las causas de no inicio/abandono de la LM

**Material y métodos:** La población del estudio está compuesta de una muestra de 154 madres, del cupo pediátrico del Centro de Salud de Bertamiráns, a las que se les realizó una encuesta telefónica para averiguar la prevalencia de la lactancia materna, reconocer los motivos de no inicio/abandono de la misma y describir los factores asociados sobre su mantenimiento/no inicio.

**Resultados:** En nuestro estudio encontramos que el 68,88% de los recién nacidos recibieron lactancia materna (exclusiva el 48,70%, mixta el 20,13%) y el 31,12% lactancia artificial (LA). A los 3 meses la LM se mantuvo en el 59,79% y la artificial ascendía al 40,21%. A los 6 meses la LM descendió al 34,68% y un 65,32% de los niños ya recibían lactancia artificial. La media de duración de la LME y LM fue de 2.4 y 8.3 meses respectivamente.

**Conclusiones:** El presente estudio muestra que la prevalencia de la lactancia materna en el ayuntamiento de Ames (34,68% a los 6 meses) está en la media gallega, aunque aún por debajo de las recomendaciones de la OMS.

**Palabras clave:** lactancia materna, prevalencia, factores asociados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breastfeeding is beneficial for the health of children and their mothers. However, its prevalence in Spain does not meet the objectives established by the WHO.

**Objectives of the study:**

- **Main objective:** Know the status of breastfeeding in the municipality of Bertamiráns
- **Secondary objectives:**
  1. Know the causes of premature abandonment of BF by mothers
  2. Evaluate the effectiveness of the childbirth preparation classes taught at this health center
  3. Explore the causes of non-initiation / abandonment of BF

**Methods:** The population studied consists of a sample of 154 mothers attending the paediatric department in the Medical Centre of Bertamiráns. A telephone survey was carried out in order to establish the prevalence of breastfeeding, the reasons why it was not started or abandoned and to describe the factors associated to its continuity or absence.

**Results:** Our study found that 68.88% of newborns were breastfed (48.70% exclusive, 20.13% mixed) whereas 31.12% were fed with artificial milk. At the age of 3 months, breastfeeding was maintained in 59.79% while artificial milk increased to 40.21%. At the age of 6 months, breastfeeding decreased to 34.68% and 65.32% of the children were being fed artificially. The mean duration of EBF and BF was 2.4 and 8.3 months respectively (Table 3).

**Conclusions:** This study shows that the prevalence of breastfeeding in the council of Ames (34.68% at the age of 6 months) is in line with the average in Galicia, although it is still below the WHO recommendations.

**Keywords:** breastfeeding, prevalence, associated factors.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La leche materna es la mejor fuente de alimento para los niños ya que proporciona el suministro óptimo de nutrientes e ingredientes funcionales, y los lactantes alimentados con lactancia materna exclusiva (LME), comparados con los lactantes alimentados con fórmula artificial, tienen distinta flora intestinal, muestran patrones de crecimiento diferentes e incluso presentan menor riesgo a largo plazo de enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular<sup>1</sup>.

La Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) estableció recientemente el período mínimo de LME hasta los cuatro meses aunque deseable hasta cumplir los seis<sup>2</sup>. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y distintas asociaciones científicas recomiendan la lactancia materna (LM) como la fuente óptima de nutrición infantil, y aconsejan la LME durante los seis primeros meses de vida, y continuar la lactancia materna al menos hasta los 2 años de edad<sup>3,4,5,6</sup>.

El objetivo de este trabajo ha sido valorar la prevalencia de la lactancia materna en los pacientes pediátricos atendidos en el Centro de Salud de Bertamiráns (Ames-A Coruña), perteneciente al Servicio Galego de Saúde (SERGAS), donde realizan su labor asistencial tres Pediatras y dos Enfermeras.

---

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

---

1. Objetivo principal: Conocer el estado de la lactancia materna en Bertamiráns (Ames, A Coruña)
2. Objetivos secundarios:
  - Conocer las causas de abandono prematuro de la lactancia materna (LM)
  - Evaluar la eficacia de las clases de preparación para el parto impartidas en este centro de salud
  - Explorar las causas de no inicio/abandono de la LM

---

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

Para la realización de este estudio, de un total de 2693 niños correspondientes al cupo pediátrico de Bertamiráns, fueron incluidos todos los niños nacidos entre 2015 y 2016 pertenecientes a dicho cupo. Se eligió dicho grupo de edad ya que se previó que habrían terminado su periodo de LM y no eran lo bastante mayores para verse afectados por el sesgo de memoria. Seleccionamos a 272 individuos (149 niños y 123 niñas), que equivale al 10.1% de la población pediátrica de Bertamiráns, asignada en la lista del Servicio Integrado de Gestión en Atención Primaria (SIGAP) en el Centro de Saúde de Bertamiráns. Se excluyó a aquellos que fueron adoptados o que no vivían con su madre en el mismo hogar y a cuyas familias no se pudo localizar, siendo esta la causa más frecuente de no participación. Se consiguió una participación de 154 familias.

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que se realizó una encuesta telefónica de elaboración propia, inspirada en trabajos previos<sup>7</sup>, a las madres (Anexo 1) del cupo pediátrico del centro de salud de Bertamiráns. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de la lactancia materna en Bertamiráns, averiguar las razones de no inicio/abandono de la misma en esta población, describir los factores asociados a la lactancia materna y su influencia sobre su mantenimiento/no inicio.

El consentimiento de los participantes se solicitó de manera verbal (al llamarlos por teléfono). Los datos de la encuesta se recogieron de forma totalmente anónima y custodiados en una base de datos segura habilitada para tal fin, y seudonimizados para el tratamiento de los datos por el investigador principal.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las variables cualitativas se expresaron con la distribución de frecuencias. Se calculó la prevalencia de LME (lactancia materna exclusiva) y LMX (lactancia mixta: materna más artificial), y su duración, haciendo

inferencia poblacional con intervalo de confianza al 95% (IC 95%). El análisis de las variables asociadas a la LME y LA se realizó con regresión logística multinomial; las asociaciones con valores  $p \leq 0,10$  se incluyeron en modelos de regresión logística multivariante. El modelo final consideró variables asociadas significativamente si mostraron valores  $p \leq 0,05$ . Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.0 (SPSS, Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos) y STATA versión 13.0 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos).

## RESULTADOS

En la muestra del estudio se encontró (Tabla 1) que al alta maternal el 70% de los recién nacidos reciben lactancia materna, siendo alimento exclusivo en el 48.75% de los mismos. A los 3 meses de vida la LME se mantiene en el 44.20% de los niños y disminuye drásticamente a los seis meses al 25.38%, edad a la que se recomienda el inicio de la alimentación complementaria, manteniendo cifras residuales hasta los ocho meses y a los doce meses solo el 5.19% de los niños reciben alguna toma de leche materna. La media de duración de la LME y LM fue de 2.4 y 8.3 meses respectivamente.

Tabla 1. Prevalencia lactancia en los primeros meses de vida

Tipo lactancia	RN	3 meses	6 meses
Materna (LM)	68.88%	59.79%	34.68%
• Exclusiva (LME)	48.75%	44.20%	25.37%
• Mixta (LMX)	20.13%	15.59%	9.31%
Artificial (LA)	31.12 %	40.21%	65.53%

Entre los factores que influyeron en la instauración de la lactancia materna exclusiva destacan el parto eutócico y tener experiencia previa en lactancia materna. Se obtuvo un valor significativo con la variable "¿Repetiría/Iniciaría la lactancia materna en un hipotético embarazo posterior?", resultando que las mujeres que respondieron "Sí" estuvieron más dispuestas a instaurar LME. Del mismo modo las clases de preparación para el parto fueron un factor protector para la LME y, en este sentido, las mujeres que afirmaron no haber recibido instrucciones específicas sobre la LM durante las clases fueron menos susceptibles de instaurar LME.

En las variables que resultaron favorecer la lactancia artificial exclusiva destaca la no experiencia previa en lactancia materna. La respuesta "No repetiría/instauraría la lactancia materna en un hipotético embarazo futuro" resultó tener una correlación fortísima con la LA exclusiva.

Es significativo que del total de las encuestadas, 72 madres (46,8%) refirieran no haber ido a las clases de preparación para el parto en el embarazo del niño encuestado. Se tomaron como negativas las respuestas de las madres que habían acudido a dichas clases en un embarazo anterior pero no en el de la encuesta. De las 82 madres que sí acudieron al curso 75 (53.2%) respondieron que sí habían recibido instrucciones específicas sobre la lactancia materna por parte de la matrona. Esa diferencia, al menos en parte, podría ser atribuible al sesgo de memoria o a que esas madres no acudieron todos los días al curso. A la pregunta de si en el caso hipotético de que tuvieran otro hijo les gustaría repetir/iniciar la LM 114 madres (74%) respondieron que sí les gustaría repetir.

La tabla 2 contiene los motivos de no inicio/abandono de la lactancia materna que las madres refirieron, ordenados por frecuencia. El porcentaje se refiere al número de veces que la respuesta fue positiva a la pregunta del motivo de abandono de la lactancia materna, pudiendo referir varias causas cada madre. Dentro de la categoría "Otros" se incluyen una miscelánea de respuestas. Las más relevantes, por orden de frecuencia, fueron dolor, decisión personal, malas experiencias previas, abandono de la lactancia materna después de 1,5 años de lactancia o más y abandono por nuevo embarazo.

Tabla 2. Motivos de abandono/no inicio lactancia materna

Motivo	N.º	%
Incorporación al trabajo	36	23.4
Hipogalactia	22	14.3
Incomodidad	16	10.4
Enfermedad de la madre incompatible con la lactancia materna	14	9.1
Escasa ganancia ponderal	4	2.6
Otros motivos	41	26.6
Consejo médico	0	0

El resto de variables estudiadas no dieron un nivel de significancia estadística aceptable.

## DISCUSIÓN

Es un hecho demostrado que la LM proporciona todos los nutrientes que los bebés necesitan para un desarrollo saludable y, además de afianzar el vínculo materno-filial y de las ventajas económicas que presenta, tiene un efecto protector<sup>8,9</sup> sobre el niño lactante, a corto y largo plazo, y también sobre la madre. En los niños está asociado positivamente con el desarrollo cognitivo y con la disminución del riesgo de padecer ciertas enfermedades, en comparación con los lactantes alimentados con LA<sup>8</sup>; y en la madre, entre otros beneficios, relación inversa entre lactancia materna y ciertos tipos de cáncer<sup>10,11</sup>.

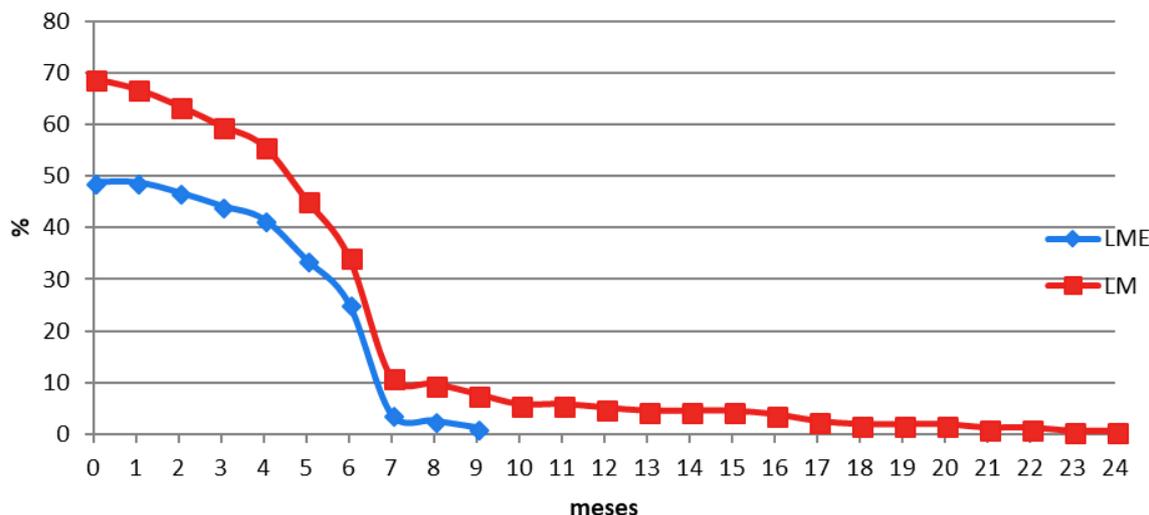
En 2012, la Asamblea Mundial de la Salud propuso mejorar las tasas de LME entre bebés menores de seis meses para el 2025 aumentando la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses hasta al menos el 50%<sup>12</sup>. Sin embargo, la OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) refiere que si bien la tasa de inicio temprano de la LM es muy alta en los países escandinavos, con valores cercanos al cien por cien, las tasas de LME disminuyen rápidamente entre los 4 y 6 meses de edad y son muy bajas a los 6 meses, presentando la UE las tasas más bajas en el mundo<sup>8</sup>.

En este sentido, entre 2006-2012, solo un 25% de los lactantes en la UE recibió LME durante los primeros 6 meses, en comparación con el 43% de Asia Sudoriental y, según la OMS, los datos recientes sobre lactancia materna exclusiva de 21 países de Europa muestran que el 13% de los lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses, lo que está muy por debajo de la recomendación mundial<sup>13</sup>. Además, la prevalencia de la LME a los seis meses de vida en la Unión Europea (UE), en el año 2013, difiere según los países<sup>14</sup>, con tasas elevadas en Eslovaquia (49%) y Hungría (44%), inexistentes en Reino Unido, Grecia y Finlandia, con tasas próximas al 1%, siendo en España del 29% aproximadamente.

En nuestro estudio (Tabla 1) casi el 70% de los recién nacidos reciben lactancia materna al alta hospitalaria, siendo exclusiva en el 50% de los casos, sin embargo esta cifra se invierte a los seis meses de vida en la que la lactancia artificial predomina en más del 65% de los lactantes, observando (Figura 1) que las cifras de LM y LME se mantienen estables y en paralelo hasta los 3-4 meses donde, coincidiendo aparentemente con la finalización de la baja maternal, se produce un descenso significativo y se mantiene por debajo del 10% a partir de los 8 meses.

En España una encuesta de ámbito provincial y estatal elaborada en 1997<sup>15</sup> indica que el 84,2% de los recién nacidos iniciaron la LM, a los 3 meses la reciben el 54,9%, a los 6 meses el 24,8% y al año solo el 7,2%. Esta prevalencia, según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud realizada en 2012<sup>16</sup>, aumenta y sitúa la tasa de LM a los 3 meses en el 66,5%, llegando al 47% a los 6 meses. En Galicia se dispone de estimaciones realizadas en distintas áreas sanitarias (norte de Lugo, Val Miñor y Vigo)<sup>17-19</sup> que permiten conocer la prevalencia de LM en nuestra Comunidad. En todas ellas se observa que un porcentaje elevado de recién nacidos reciben lactancia materna, en algún estudio más del 80%, se mantiene en los primeros tres-cuatro meses de vida pero a partir de ese momento, coincidiendo con el final de la baja por maternidad, se produce un descenso progresivo de la LM y al sexto mes de vida desciende drásticamente, excepto en Vigo donde, a esta edad, refieren una tasa de LME del 50% que difiere sustancialmente de lo encontrado en nuestro estudio que sitúa la LM en el 34,68%, y la LME al 25,37%, muy debajo de las recomendaciones de la OMS.

Figura 1. Duracion de la lactancia (meses)



Entre los motivos del cese/abandono de la LM en nuestra investigación (Tabla 2), observamos que entre los tres-cuatro meses se inicia un descenso progresivo en la prevalencia de la LM coincidente con el final de la baja por maternidad, siendo la incorporación al trabajo el motivo más frecuente del cese de la misma. En este trabajo no se exploraron los aspectos socio-económicos en los que se desarrolló la incorporación al trabajo, siendo este un sustrato interesante para futuras investigaciones. La segunda

razón más frecuente para abandonar la LM fue la escasa producción de leche. La hipogalactia, aunque podría deberse a una percepción personal, es la causa más frecuente de cese de la LM en los primeros meses post parto. Otros problemas como la mastitis, las grietas o el dolor, que fueron referidos como motivos de abandono de LM, son problemas que se podrían solucionar, o al menos minimizar, adquiriendo una correcta postura y dando el pecho a demanda.

La mitad de las encuestadas (50,6%) recibieron durante el embarazo una guía de promoción de la lactancia materna orientada para padres y, aunque podría verse afectado por el sesgo de memoria, no existe evidencia suficiente como para establecer la relación entre las muestras de regalo y un periodo de LM más corto, el 43,5% recibieron de obsequio alguna muestra de leche en polvo.

Entre los factores asociados a la instauración de la LME encontramos que la experiencia previa es el principal factor protector. El parto eutócico es el proceso natural de nacimiento que más favorece la LME y aunque el parto instrumental o cesárea no es una contraindicación para la LM debemos centrar nuestros esfuerzos ya que la prevalencia en este grupo es significativamente inferior.

Resultó un factor crucial el tratar el tema de la LM durante los cursos de preparación para el parto en el centro de salud. Basándonos en las respuestas obtenidas de las entrevistas telefónicas, el papel de la matrona es fundamental para la instauración de la LM. Entre sus actividades, la más mencionada por las madres fue el enseñar la correcta posición del niño durante la lactancia y que esto fue un factor decisivo para el mantenimiento de la LM.

Desde una visión retrospectiva observamos que las cifras de niños que reciben LM (exclusiva o mixta) en los últimos decenios aumentó significativamente pero en prevalencia distante de las recomendaciones de la OMS, sobre todo a los seis meses de vida. En este sentido el Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia de la AEPap indica que la mayor parte del apoyo a la lactancia se realiza en Atención Primaria, ya que la estancia en la maternidad es baja, y propone<sup>20</sup> que se implanten medidas de ayuda a la LM en Atención Primaria, se aumente la formación del personal sanitario (médico, enfermería), se promocionen los grupos de apoyo a la lactancia y se impliquen otros miembros de la familia. Además, iniciativas<sup>21</sup> como la necesidad de auspiciar la prolongación de la baja maternal remunerada y prolongada, así como el apoyo materno a la incorporación al trabajo con flexibilidad horaria e implantación de espacios físicos (salas de lactancia) en el puesto de trabajo, etc., son esenciales para la instauración y mantenimiento de la LM. Igualmente, debemos centrar nuestros esfuerzos en las madres que han tenido un parto instrumental o cesárea ya que, a pesar de no ser contraindicaciones para la LM, la prevalencia en estos grupos es significativamente inferior a la de los partos vaginales y, basándonos en las respuestas obtenidas de las entrevistas telefónicas, sería beneficioso potenciar el papel de la matrona, durante los cursos de preparación para el parto en el Centro de Salud.

Podemos concluir que la lactancia materna, por sus beneficios, es el alimento ideal para la salud de los niños y de las madres y se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla, constituyendo la mejor intervención eficiente de salud. Sin embargo, aunque las tasas de LM y la duración de la misma han mejorado sustancialmente, la prevalencia y la duración sigue por debajo de las recomendaciones internacionales por lo que son necesarias políticas de salud pública dirigidas a mejorar a la potenciación de la misma.

## CONFLICTO DE INTERESES

---

Los autores declaran no haber contado con ningún tipo de financiación ni presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Este estudio fue presentado como Trabajo Fin Grado (TFG) de Medicina durante el Curso Académico 2018, en la convocatoria de junio, por D. Jesús Enrique Maraña González.

## AGRADECIMIENTOS

---

A las madres que han participado voluntariamente en el estudio.

## ABREVIATURAS

---

AEPap (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria), ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica), LA (lactancia artificial), LM (lactancia materna), LME (lactancia materna exclusiva), LMX (lactancia mixta: materna más artificial), OECD (Organization for Economic Cooperation and Development), OMS (Organización Mundial Salud), PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), SERGAS (Servizo Galego de Saúde), UE (Unión Europea).

## Anexo1. Encuesta sobre la lactancia

Datos sobre el niño	Fecha de nacimiento Sexo M / F Peso al nacer
Datos sobre la madre	Fecha de nacimiento Número de hijos, incluido el caso 1 - 2 - 3 - 4 - 5 Experiencia previa en lactancia materna Sí/No
Nivel de estudios	No terminó los primarios Primarios Secundarios Superiores/universitarios
Trabaja fuera del hogar	Sí / No
Fumadora habitual	Sí / No
¿Acudió a clases de educación maternal y preparación al parto? (Esta actividad la imparte la matrona del Centro de Salud) Si la respuesta es afirmativa, recibió "instrucciones" sobre lactancia materna	Sí / No  Sí / No
Datos sobre el parto	Centro donde nació el niño CHUS / Rosaleda / Barbanza / Otro Tipo de parto Eutócico / Cesárea programada / Cesárea urgente / Otras distocias
¿Ha recibido alguna guía para padres de promoción de la lactancia materna?	Sí / No
¿Recibió alguna muestra de regalo de lactancia artificial?	Sí / No
Duración del periodo de lactancia	Fecha de abandono de la lactancia materna exclusiva Fecha de abandono de la lactancia materna
Decisión de no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva	Materna / Médico / Otro
Motivos para no iniciar o suspender la lactancia artificial (respuesta múltiple)	Dar el biberón me resulta más cómodo/Dar el pecho me incomoda Producción insuficiente de leche/Me quedé sin leche Incorporación al trabajo Consejo/Indicación del profesional sanitario: Médico Otro motivo: Consejo pareja, familia, amigos, otros Escasa ganancia ponderal Dolor en el pecho, grietas, mastitis El niño dejó de mamar (Rechazo del pecho, pérdida de interés por mamar, el niño se destetó espontáneamente) Estética Enfermedad de la madre Enfermedad del hijo Otros

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Haschke F. Human Milk: Lessons from Recent Research. *Ann Nutr Metab* 2016; 69 (suppl 2): 5-6.
- 2 Fewtrell M, Bronsky Y, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis NF, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017; 64: 119-32.
- 3 World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Report. 2003; 1-30.
- 4 Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
- 5 Asociación Española de Pediatría [Internet]. AEPED. 2021 [citado 4 enero 2021]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lac>.
- 6 Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe. *Public Health Nutr.* 2008; 8(1): 39-46.
- 7 Sacristán Martín A.M., Lozano Alonso J.E., Gil Costa M., Vega Alonso A.T.. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011;13:33-46.

- 8 Victora C, Bahl R, Barros A et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387: 475-490.
- 9 Westerfield KL, Kristen Koenig K, Oh R. Breastfeeding: Common Questions and Answers *Am Fam Physician*. 2018; 98(6): 368-373.
- 10 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer CG on HF in B, Vessey M, Baron J, et al. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet (London, England)*. 2002; 360(9328): 187-95.
- 11 Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2015; 104: 96-113.
- 12 World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition. [Consultado 5 May 2018]. Disponible en: ([www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en)).
- 13 WHO (2015) WHO European Region has lowest global breastfeeding rates. 5 August 2015. [Consultado 1 May 2018]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>.
- 14 Bagci Boss AT, Gehrt Eriksen K, Sobko T et al. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr* 2016; 19: 753-764.
- 15 García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000; 2(7): 373-387.
- 16 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2012. [Consultado 1 May 2018] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/>.
- 17 Rodicio García MR, Abadi Abadi A, Silveira Cancela M et al. Tendencia y evolución de la lactancia materna en el norte de Lugo. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65: 6-11.
- 18 González Oya JG, Valls Durán T, Mosquera González E et al. Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Rev Pediatría At Prim* 2008; 10: 603-616.
- 19 Rodríguez-Pérez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J et al. Prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Publica* 2017; 91:e1-e9.
- 20 Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21:191-201.
- 21 Díaz-Gómez NM, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres española en relación con la lactancia materna. *Rev. Esp. de Salud Pública* 2016, 90:e1-e18.

## PUNTOS CLAVE

### Lo conocido sobre el tema.

- La leche materna (LM) es la mejor fuente de alimento para los niños, además de afianzar el vínculo materno-filial y de las ventajas económicas que presenta.
- En los niños está asociado positivamente con el desarrollo cognitivo y con la disminución del riesgo de padecer ciertas enfermedades (obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular) y, en la madre, entre otros beneficios, relación inversa entre lactancia materna y ciertos tipos de cáncer.
- La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva, como la fuente óptima de nutrición infantil, durante los seis primeros meses de vida.

### Que aporta este estudio.

- La incidencia está por debajo de las recomendaciones de la OMS siendo la incorporación al trabajo o el cese de la baja por maternidad los principales motivos del cese/abandono precoz de la LM.
- Resultó un factor crucial el tratar el tema de la LM durante los cursos de preparación para el parto siendo el papel de la matrona fundamental para la instauración y el mantenimiento de la LM.
- La prolongación de la baja maternal remunerada y prolongada, así como el apoyo materno a la incorporación al trabajo con flexibilidad horaria e implantación de espacios físicos (salas de lactancia) en el puesto de trabajo, etc., son esenciales para la instauración y mantenimiento de la LM.