


www.elsevier.es/ap


ORIGINAL

Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana



Rafael Vila-Candel^{a,b,*}, Francisco J. Soriano-Vidal^{b,c}, Mayte Murillo-Llorente^b, Marcelino Pérez-Bermejo^b y Enrique Castro-Sánchez^d

^a Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España

^b Facultad de Enfermería Nuestra Señora de los Desamparados, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

^c Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España

^d National Institute for Health Research Health Protection Research Unit (NIHR HPRU), Healthcare Associated Infection and Antimicrobial Resistance at Imperial College London, Londres, Reino Unido

Recibido el 29 de junio de 2017; aceptado el 5 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 14 de febrero de 2018

PALABRAS CLAVE

Lactancia materna;
Factores de riesgo;
Destete precoz

Resumen

Objetivos: Determinar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) a los 3 meses posparto, y conocer las causas que contribuyen al abandono precoz.

Diseño: Estudio observacional y retrospectivo. Emplazamiento: Departamento de Salud de la Ribera, Valencia, España.

Participantes: Niños nacidos entre diciembre de 2012 y enero de 2017. Mediciones principales: prevalencia de lactancia materna al alta y de LME a los 3 meses. Motivos de abandono de LME. Determinación de Chi-cuadrado entre variables categóricas.

Metodología: Las mujeres fueron entrevistadas en el posparto y a los 3 meses posparto, teniendo en cuenta las variables asociadas al inicio de la lactancia y su continuación. También se recogió información sobre las características socio-demográficas y obstétrico-neonatales.

Resultados: Un total de 1.338 mujeres fueron seleccionadas. La prevalencia de lactancia materna al alta se situó en el 68,2% (913) y a los 3 meses descendió al 46,7% (625). La duración de la LME fue de $68,7 \pm 32,7$ días (IC 95%: 66,9-71,2). Encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de lactancia al alta y las variables, año del estudio, país de origen y paridad ($p < 0,001$; $p = 0,005$ y $p = 0,05$, respectivamente). La hipogalactia (21,8%) y el aumento de peso del recién nacido inferior al recomendado (14,9%) fueron los factores más frecuentes que motivaron el abandono precoz.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: rvila@hospital-ribera.com, rafael.vila@ucv.es (R. Vila-Candel).

KEYWORDS

Breastfeeding;
Risk factors;
Early weaning

Conclusiones: La prevalencia de la LME a los 3 meses es baja comparada con otros estudios similares, aunque observamos una tendencia al alza. La creencia en la hipogalactia influyó en el mantenimiento de la LME.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Maintenance of exclusive breastfeeding after three months postpartum: An experience in a health department of a Valencian Community

Abstract

Aims: To investigate the prevalence of EBF at 3-months postpartum, and the early factors for discontinuation.

Design: Observational, retrospective study. Location: Health department of La Ribera, Valencia, Spain.

Participants: Newborns between December 2012 to January 2017.

Methods: Pregnant women were interviewed at postpartum and at 3 months regarding variables associated with breastfeeding initiation and continuation, matched with socio-demographic and obstetric-neonatal information. Main measurements: Prevalence of breastfeeding at discharge and exclusive breastfeeding at 3 months. Reasons for interrupt exclusive breastfeeding. Chi-square determination between qualitative variables.

Findings: One thousand three hundred and thirty-eighth women were recruited. EBF at discharge was 68.2% (913) and at 3 months 46.7% (625). EBF duration was 68.7 ± 32.7 days (95% CI: 66.9-71.2). We found statistically significant differences between the type of breastfeeding and the variables, year of study, country of origin and parity ($P < 0.001$, $P = 0.005$ and $P = 0.05$ respectively). Hypogalactia (21.8%) and lower than recommended increase in newborn weight gain (14.9%) were most frequent factors for discontinuation.

Conclusion: The prevalence of EBF at 3 months is low compared to other similar studies, although we see an upward trend. Belief in hypogalactia influenced the maintenance of exclusive breastfeeding.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La lactancia materna (LM) tiene amplios beneficios, físicos y psicológicos, tanto para la madre como para el recién nacido¹. Para el recién nacido se ha asociado a beneficios saludables que incluyen la inmunización pasiva que protegen al lactante contra enfermedades, la reducción de la prevalencia de diarrea, la bacteriemia, la neumonía y la meningitis durante el primer año de vida; reduce el riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita, las alergias, el asma, la leucemia en la infancia y reduce la incidencia de padecer obesidad y diabetes mellitus durante la etapa adulta². Los beneficios maternos incluyen la mejora del vínculo con el neonato, mejora la pérdida de peso en el posparto, reduce el riesgo de depresión posparto, la pérdida sanguínea, retrasa la fertilidad, y reduce el riesgo de padecer cáncer de mama o de ovario a lo largo de la vida^{3,4}.

Actualmente siguen siendo los países escandinavos, Japón y Nueva Zelanda los que consiguen tasas de LM exclusiva a los 3 meses elevadas, entre el 71 y el 81%⁵. En contraste, en países del centro y sur de Europa, donde se incluye España (15-51%) las prevalencias son muy inferiores^{6,7}.

A nivel de la Comunidad Valenciana, el cumplimiento de estas recomendaciones internacionales es escaso. Un

reciente estudio⁷ realizado en la ciudad de Valencia obtiene prevalencias de lactancia materna exclusiva (LME) a los 3 meses del 39%.

Los factores que afectan las tasas de LM, y por tanto intervienen en el abandono precoz son numerosos y complejos⁸. Distintos autores han mostrado que dichos factores pueden agruparse en: 1) factores clínico-psicológicos (tratamientos de reproducción asistida⁹, tabaquismo¹⁰, expectativas maternas previas¹¹, uso del chupete durante el primer mes de vida¹² y la sensación de hipogalactia⁷; 2) factores ambientales^{7,13,14} (círculo familiar/amigos, laboral y sistema sanitario), y 3) factores socio-culturales y económicos⁸.

El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la LME al alta hospitalaria y a los 3 meses posparto, y conocer las causas que contribuyen al abandono precoz.

Material y métodos**Diseño**

Estudio observacional y prospectivo en una población dependiente del Departamento de Salud de la Ribera. El área de

estudio tiene una cobertura de 259.000 habitantes, con una cifra media aproximada de 2.000 partos anuales. El tiempo de recogida de los datos fue desde diciembre de 2012 a enero de 2017.

Muestra

Las gestantes fueron seleccionadas mediante muestreo probabilístico simple de entre los 13 centros de salud del departamento. La probabilidad fue de 7 sobre 13 centros.

Criterios de inclusión

Gestantes que dieron a luz un recién nacido vivo durante el periodo de estudio, residentes en las poblaciones de Alzira, Alberic, LÁlcudia, Guadassuar, Sueca, Cullera, y Carlet, todas ellas pertenecientes al Departamento de Salud de la Ribera.

Criterios de exclusión

Recién nacidos de menos de 35 semanas de gestación, malformaciones congénitas, rechazo a la participación en el estudio e ilocalizables tras 3 intentos de contacto telefónico.

No se incluyeron los partos gemelares, múltiples y prematuros con objeto de comparar nuestros resultados con el resto de los estudios publicados debido a la mayor exigencia de dichas situaciones, no siendo una contraindicación para la LM¹¹.

Recogida de datos

Las entrevistas se realizaron en el posparto de forma presencial y a los 3 meses de forma telefónica por la matrona de cada centro de salud participante.

VARIABLES A ESTUDIO

Las variables analizadas en el estudio se clasificaron en:

- Variables sociodemográficas: edad materna, en años completos hasta la fecha probable de parto y el país de origen.
- Variables obstétrico-neonatales: edad gestacional al parto, paridad, inicio de parto, finalización del parto, sexo del recién nacido, peso, talla y perímetro craneal al nacer, Apgar al minuto y a los 5 min, y pH de arteria umbilical.
- Variables relacionadas con el tipo de lactancia, pudiendo existir 3 tipos:
 - LME incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales), según la definición de la OMS¹⁵.
 - Lactancia artificial, cuando el lactante es alimentado únicamente por leche artificial.
 - Lactancia mixta, cuando la alimentación combina la leche materna y la artificial.

Variables relacionadas con el abandono: causa de abandono de la LM (total o parcial), causa de abandono precoz (anterior a los 3 meses posparto)⁷ y duración total de la LME en días completos desde el día del parto.

Organización de la información

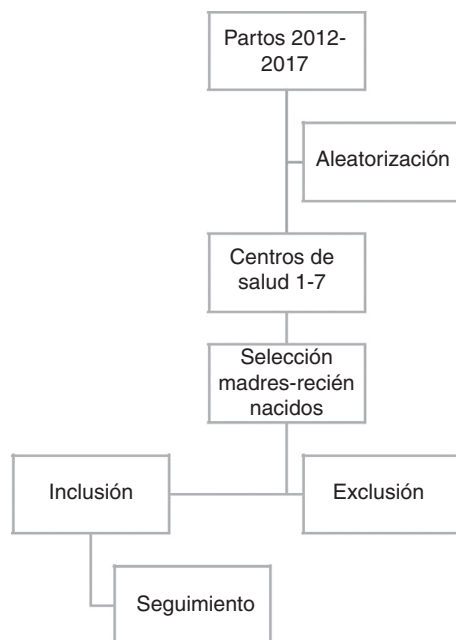
Se diseñó un cuaderno de recogida de datos (CRD) para el tratamiento de las variables seleccionadas. Para la obtención de los datos obstétricos se utilizó la historia clínica electrónica de los programas Abucasis II (AVS) y SIAS Clínico (HULR), pudiendo acceder a los módulos del bloque materno-infantil (datos del parto y del recién nacido) para inclusión en el CRD. Se utilizó la técnica de la entrevista telefónica para poder obtener los datos del seguimiento de la lactancia a los 3 meses, estructurando el CRD en diferentes apartados. Posteriormente, el conjunto de todos los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS[®] v.15 para Windows[®].

Análisis estadístico

Se emplearon los métodos descriptivos básicos de cálculo de media y desviación estándar para las variables continuas, o mediana e intervalo intercuartil para distribuciones con falta de normalidad, y frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Se realizó un análisis bivalente donde se estudiaron las correlaciones entre la variable dependiente (tipo de lactancia a los 3 meses) y las independientes recogidas, mediante la prueba de Chi-cuadrado entre 2 variables categóricas y la ANOVA de un factor para determinar la relación entre el tipo de lactancia y los días. Los intervalos de confianza (IC) se calcularon para un nivel de confianza del 95%.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue realizado teniendo en cuenta los principios de toda investigación médica, Declaración de Helsinki. El seguimiento de la lactancia a los 3 meses es un indicador de calidad dentro de los objetivos trimestrales ligados a incentivos de las matronas del Departamento de Salud de la Ribera desde el año 2012. Así pues, tanto el seguimiento como el registro, son tareas incluidas en el día a día que planificadas y autorizadas por la dirección asistencial. El estudio fue evaluado y aprobado por la Comisión de Investigación-Comité de Ética del Hospital Universitario de la Ribera para poder difundir los datos de forma externa con fecha 14 de enero de 2016.



Esquema general del estudio.

Resultados

La muestra total obtenida fue de 1.338 mujeres cuyo parto ocurrió entre 2012 y 2017. En cuanto a las variables socio-demográficas observamos que la edad media de la gestante fue de $31,1 \pm 5,6$ años. Observamos la distribución de acuerdo al tipo de lactancia al alta y las características socio-demográficas y obstétrico-neonatales de la población estudiada (tabla 1).

Respecto a las variables obstétricas podemos destacar que el 58,6% (784) de las gestantes fueron primíparas y el resto multíparas (554). La media de la edad gestacional al parto fue de $39,0 \pm 3,1$ semanas. La prevalencia de recién nacidos pretérmino (< 37 semanas) y postérmino (> 42 semanas) fue del 4,7 y 2,9% (32), respectivamente. El 58,3% (780) de los partos tuvo un inicio espontáneo y el 21,5% (288) inducidos. La mayoría de los partos (65,5% [876]) finalizaron por vía vaginal, la tasa de cesárea no electiva fue del 12,9% (172) y el 18,2% (243) de los partos fueron instrumentados. La analgesia epidural fue utilizada en el 70,5% (943) de los partos.

La media del peso al nacer fue de $3.276,4 \pm 512,6$ g. El 2,0% (27) fueron recién nacidos con peso pequeño para la edad gestacional ($p < 10$) y el 4,0% (54) macrosomas ($p > 90$). Observamos que la media del test de Apgar al minuto y a los 5 min fue de $9,1 \pm 1,7$ y $9,7 \pm 1,7$, respectivamente, obteniendo un pH de arteria umbilical medio de $7,25 \pm 0,1$.

Observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de lactancia al alta y las variables: año del estudio ($p < 0,001$), país de origen ($p = 0,005$) y paridad ($p = 0,05$).

La prevalencia de LME al alta hospitalaria se situó en el 68,2% (913), y a los 3 meses descendió al 46,7% (625). Desde el año 2012 se ha incrementado un 9% la tasa de LME a los 3 meses, pasando del 40 al 49,2% en enero de 2017. Podemos observar la evolución de la prevalencia según el tipo de lactancia a los 3 meses posparto en la figura 1.

Cabe destacar que el 29,1% (391) de las púerperas deseaban lactancia artificial desde el inicio.

La duración de la LME fue de $68,7 \pm 32,7$ días (IC 95%: 66,9-71,2; rango: 1-90), y la media de la LM bruta, es decir la suma de la LME y mixta, fue de $39,3 \pm 21,4$ días (IC 95%: 33,4-45,3; rango: 4-75). La duración media del periodo crítico, entendido como el primer mes de vida, fue de $12,2 \pm 8,5$ (IC 95%: 10,9-13,6).

Las distintas causas de abandono de la LME que argumentaron las madres en la entrevista telefónica, junto con la media en días de la LME se describen en la tabla 2. Se hace constar que no se contabilizaron las mujeres con LME a los 3 meses, ni las que decidieron ofrecer una lactancia artificial antes del parto, solo seleccionando a las mujeres que tras el parto iniciaron una LM y abandonaron antes de los 3 meses posparto. Las razones más frecuentes por la que la LME es abandonada fueron la hipogalactia (21,8%) y el aumento de peso del recién nacido inferior al recomendado (14,9%). Los motivos relacionados con la glándula mamaria (pezón umbilicado, mastitis y grietas en el pezón) y con el recién nacido (enfermedad neonatal, ictericia, ingreso, bajo-peso vs. prematuro) supusieron un periodo menor a 30 días de LME. En cambio, los motivos relacionados de forma directa con la madre (incorporación laboral y necesidad de descanso) fueron más frecuentes dentro de los primeros 2 meses posparto.

Discusión

Nuestro estudio es uno de los más amplios realizados en nuestro país en cuanto a que realiza un seguimiento de una cohorte importante durante los 3 primeros meses tras el parto. La prevalencia de LM al alta hospitalaria es inferior a la obtenida por distintas investigaciones llevadas a cabo en nuestro entorno^{5,16-19} oscilando entre el 70-84%. La tasa de LME al alta en nuestro Departamento de Salud²⁰ se ha incrementado en un 7%, en los últimos 6 años. Creemos que uno de los factores que podría atribuirse a esta diferencia al alza es la labor de fomento de la LM mediante las políticas de humanización al nacimiento y apoyo a la LM, como el favorecer el vínculo materno-neonatal tras el parto o cesárea^{7,21-23} entre otras. En 2017, el Hospital Universitario de la Ribera se ha acreditado en la fase 1D de la Iniciativa de Hospitales Amigos de los Niños (IHAN) tras varios años de concienciación y trabajo de los distintos servicios implicados.

La prevalencia de LME a los 3 meses en nuestra población es ligeramente mayor a las descritas en distintos estudios recientes^{7,18,24}, aunque es inferior a las halladas en una cohorte del norte de España⁵. Observamos que existe una reducción cercana al 20% desde el alta hospitalaria, independientemente de la prevalencia alcanzada, donde el patrón de abandonos parece repetirse a lo largo de los 3 meses de forma proporcional a su porcentaje de inicial. Teniendo en cuenta que en España la política social y laboral es común, podemos pensar que la coordinación entre niveles asistenciales y la conciencia prolactancia materna parecen tener un papel relevante en este sentido entre las distintas regiones de nuestro país, pero su análisis sobrepasa el objetivo de nuestra investigación.

En nuestra población, la duración de la LM bruta se situó en 39 días, siendo mayor que la de otros estudios^{19,24}. Para

Tabla 1 Características de la población según el tipo de lactancia al alta (n = 1.338)

	Lactancia al alta						p-valor ^a
	Materna		Artificial		Mixta		
	N.º	Porcentaje	N.º	Porcentaje	N.º	Porcentaje	
<i>Año</i>							
2012	15	75,0	5	25,0	0	0,0	< 0,001
2013	141	70,5	59	29,5	0	0,0	
2014	189	64,9	100	34,4	2	0,7	
2015	406	69,2	165	28,1	16	2,7	
2016	121	67,6	48	26,8	10	5,6	
2017	41	67,2	14	23,0	6	9,8	
<i>País de origen</i>							
Norte de África	39	86,7	5	11,1	1	2,2	0,005
España	759	66,1	361	31,4	28	2,4	
Países UE	36	83,7	6	14,0	1	2,3	
Países no UE	34	77,3	7	15,9	3	6,8	
América del Norte	2	100,0	0	0,0	0	0,0	
América del Sur	25	89,3	3	10,7	0	0,0	
Resto de África	9	81,8	2	18,2	0	0,0	
Asia	9	52,9	7	41,2	1	5,9	
<i>Paridad</i>							
Un hijo	566	72,2	199	25,4	19	2,4	0,05
2 hijos	297	62,7	165	34,8	12	2,5	
> 3 hijos	50	62,5	27	33,8	3	3,8	
<i>Inicio del parto</i>							
Espontáneo	536	68,7	226	29,0	18	2,3	0,386
Estimulado	148	72,2	51	24,9	6	2,9	
Inducido	192	66,7	88	30,6	8	2,8	
CST electiva	37	56,9	26	40,0	2	3,1	
<i>Fin del parto</i>							
Espontáneo	600	68,5	250	28,5	26	3,0	0,303
Instrumentado	160	65,8	80	32,9	3	1,2	
CST electiva	28	59,6	18	38,3	1	2,1	
CST urgente	125	72,7	43	25,0	4	2,3	
<i>Percentil del peso</i>							
< P10	20	62,5	12	37,5	0	0,0	
P10-25	61	66,3	28	30,4	3	3,3	
<i>Recién nacido</i>							
P25-50	169	66,0	81	31,6	6	2,3	0,406
P50-75	268	71,5	101	26,9	6	1,6	
P75-90	175	64,6	87	32,1	9	3,3	
> P90	159	71,9	54	24,4	8	3,6	

CST: Cesárea.

^a Chi-cuadrado.

conseguir mejorar este indicador es importante conocer el periodo de tiempo donde se concentran la mayoría de abandonos de LM. En nuestra población, el periodo crítico se situó en 12 días, coincidiendo con otros estudios¹⁹. Por tanto, parece ser evidente que el apoyo a las madres lactantes y a su entorno en ese periodo inicial es crucial para garantizar el mantenimiento de la LME.

Podríamos identificar claramente 2 periodos concretos donde se producen los mayores abandonos de LM en nuestro

medio, tal y como se puede observar en la [tabla 2](#). El primer periodo abarca desde el alta hospitalaria hasta los primeros 15 días de vida del neonato, donde aparecen muchos de los problemas relacionados con la glándula mamaria y con el recién nacido, que a su vez coinciden con la pérdida de apoyos asistenciales a la lactancia, hasta que el binomio madre-hijo es valorado en las consultas de atención primaria. El segundo periodo, entre el mes y los 2 meses, podría coincidir con factores relacionados con la capacidad

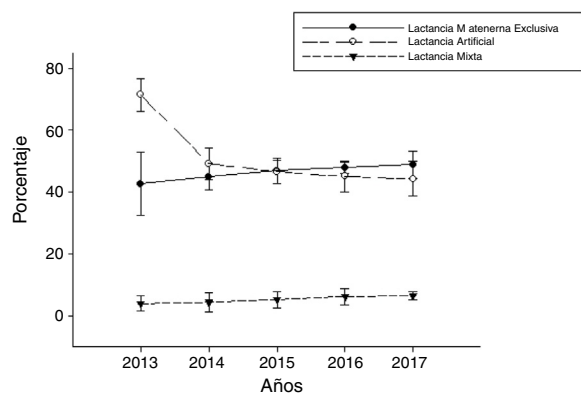


Figura 1 Distribución del tipo de lactancia a los 3 meses de las mujeres con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria (n = 913).

ánimica de la madre para continuar con la LME junto con la incorporación laboral de la madre^{5,7}.

De acuerdo con distintos estudios^{17,25,26} la principal causa de abandono de la LME fue la hipogalactia, seguida de la falta de aumento de peso ponderal y/o pérdida de peso del lactante. Esta última, es el motivo más frecuentemente reconocido por las madres para combinar la LME con lactancia artificial. Atendiendo a estas causas, podemos observar que están relacionadas entre sí y quizás actuando sobre la hipogalactia, corregiríamos los problemas de aumento de peso de los lactantes. Al mismo tiempo es importante considerar que la mayor parte de los motivos que las madres expresan como hipogalactia se basan en percepciones subjetivas. La hipogalactia subjetiva puede estar afectada por una gran variedad de factores externos, incluidos los consejos profesionales, ajenos a la capacidad propia de la madre para amamantar y al deseo de esta¹⁶.

La mayoría de las madres de nuestro estudio no rechazan de inicio la LM, por lo que en general tienen una idea

positiva de la misma, sin embargo aproximadamente la mitad de estas no cumplen sus expectativas antes del mes, pasando a ser la tercera causa de abandono. Pensamos que podría evitarse con un mayor apoyo profesional, seguimiento continuado y su integración en los grupos de lactancia de atención primaria^{5,14}.

En cuanto a la relación entre la paridad y la duración de la LME a los 3 meses, observamos resultados estadísticamente significativos, con una mayor tendencia al mantenimiento de la LME en las mujeres multiparas, coincidiendo consistentemente con otros estudios^{5,26}. Posiblemente la experiencia anterior favorezca la continuación de la LM y sirva de base a la mujer para vencer los problemas iniciales más repetidos.

Del mismo modo, observamos diferencias estadísticamente significativas entre el país de origen y la duración de la LME a los 3 meses, siendo las mujeres españolas las que tienen una menor duración con relación a las extranjeras, coincidiendo con otros autores^{5,7}. Posiblemente el factor socio-cultural y/o religioso de los países de origen pueda explicar esta diferencia como ha sido descrito^{27,28}.

Así pues, a la vista de todos los datos expuestos, pensamos que el apoyo, la protección y la promoción de la LM por parte de los profesionales sanitarios implicados en las diferentes áreas de atención a la mujer y la infancia son un elemento fundamental de ayuda a la LME y a la implantación de estrategias de eficacia reconocida internacionalmente como los 10 pasos de la IHAN²⁹. Estos 10 pasos incluyen disponer de una norma escrita, capacitar al personal, informar a las embarazadas, inicio precoz de la lactancia en paritorio, mostrar a las madres como amamantar, no suministrar leche artificial, favorecer la cohabitación, la lactancia a demanda, no dar biberones/chupetes y fomentar los grupos de apoyo a la salida del hospital.

Somos conscientes que nuestros resultados sobre la LME, si bien están lejos de ser aceptables, mejoran lo publicado en estudios similares⁷. Dada la escasez de trabajos similares a este, nuestros resultados aportan una aproximación a la situación de la LM. El estudio cuenta con algunas

Tabla 2 Causas de abandono de la lactancia materna

	Frecuencia	Porcentaje	Media (días)	DT
Pezón umbilicado	2	0,7	2,0	2,0
Enfermedad del recién nacido	2	0,7	7,0	4,0
Ictericia	3	1,0	3,0	2,0
Mastitis	6	2,0	29,0	25,0
Ingreso neonatos	7	2,3	7,0	7,0
Bajo peso/prematuro	11	3,6	4,0	3,0
Enfermedad materna	12	4,0	15,0	22,0
Defecto de agarre	13	4,3	6,0	5,0
Pérdida de peso excesiva	13	4,3	17,0	21,0
Grietas	14	4,6	12,0	8,0
Incorporación laboral/estudios	20	6,6	41,0	21,0
Necesita descansar	21	6,9	51,0	18,0
Estrés materno	24	7,9	21,0	18,0
Expectativas negativas/decisión materna	38	12,5	23,0	24,0
Aumento de peso inferior al recomendado	45	14,9	22,0	18,0
Hipogalactia	70	23,1	25,0	23,0
Total	303	100,0	—	—

DT: desviación típica.

limitaciones, como que la encuesta telefónica realizada para conocer las causas de abandono de la LM pudiera verse afectada por el sesgo de memoria de la mujer al precisar el momento exacto en días del abandono. También tenemos que contemplar que la matrona asignada al control de su embarazo era la misma que la realizaba la entrevista telefónica, pudiendo afectar a la respuesta referida. En cambio, las fortalezas del estudio son, la aleatorización de los centros de salud participantes y a un tamaño muestral considerable en un periodo de recogida de datos de 4 años consecutivos.

Así pues, podríamos concluir que la prevalencia de la LME a los 3 meses es baja comparada con otros países europeos, aunque está en consonancia con los estudios de nuestro medio, siendo la causa principal la percepción de hipogalactia. Observamos como las políticas introducidas en la vía de humanizar el parto han podido contribuir a incrementar la prevalencia de lactancia al alta.

Sería recomendable valorar la efectividad de las medidas de promoción puestas en marcha en nuestro departamento de salud y la evolución de las tasas de la LM para constatar su asociación, como estrategia de promoción que consiga mejorar nuestros índices de lactancia y acercarnos a las recomendaciones internacionales.

Lo conocido sobre el tema

- La LM tiene amplios beneficios, físicos y psicológicos, tanto para la madre como para el recién nacido.
- Las tasas de la LME a los 3 meses posparto en los países desarrollados son inferiores a las recomendaciones descritas por la Organización Mundial de la Salud.

Que aporta el estudio

- Las políticas de humanización al nacimiento y apoyo a la LM, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria, pueden tener un papel relevante en el mantenimiento de la LME a los 3 meses posparto.

Financiación

Se ha recibido una ayuda a la investigación (PRUCV2016) por parte de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todas las mujeres participantes en el estudio y a la Dirección del Hospital Universitario de la Ribera por su apoyo en nuestra investigación.

Bibliografía

1. Nyqvist KH, Haggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: Expert group recommendations for three guiding principles. *J Hum Lact.* 2012;28:289–96.
2. Britton C, Renfrew M, Wade A, King S, McCormick F. Apoyo para la lactancia materna. *Cochrane Libr.* 2007:1–52.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol.* 2013;122:423–8.
4. Britton C, McCormick F, Renfrew M, Wade A, King S. Support for breastfeeding mothers (Review). *Library (Lond).* 2009;1:1–101. Recuperado a partir de: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001141/frame.html>
5. 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 [Article in Spanish].
6. Haiek LN, Gauthier DL, Brosseau D, Rocheleau L. Understanding breastfeeding behavior: Rates and shifts in patterns in Quebec. *J Hum Lact.* 2007;23:24–31.
7. 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.
8. Hector D, King L, Webb K, Heywood P. Factors affecting breastfeeding practices: Applying a conceptual framework. *N S W Public Health Bull.* 2005;16:52–5.
9. Cromi A, Serati M, Candeloro I, Uccella S, Scandroglio S, Agosti M, et al. Assisted reproductive technology and breastfeeding outcomes: A case-control study. *Fertil Steril.* 2015;103:89–94.
10. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth.* 2002;29:112–23.
11. Vila-Candel R, Duke K, Soriano-Vidal FJ, Castro-Sánchez E. Effect of Early Skin-to-Skin Mother–Infant Contact in the Maintenance of Exclusive Breastfeeding. *J Hum Lact.* 2017; 890334416676469.
12. Kronborg H, Væth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth.* 2009;36:34–42.
13. Leeming D, Williamson I, Lyttle S, Johnson S. Socially sensitive lactation: Exploring the social context of breastfeeding. *Psychol Health.* 2012;28, 121022035040003.
14. Heymann J, Raub A, Earle A. Breastfeeding policy: A globally comparative analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91:398–406.
15. World Health Organization, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Report. 2003:1–30.
16. Gomis-Cebrián R, Parra-Hidalgo P, Calle-Urra J, Oliver-Roig A, García-de-León-González R, Alcaraz-Quíñero A, et al. Maternal breastfeeding in the Region of Murcia, does the problem persist? *Acta Pediatr Esp.* 2009;67:283–9.
17. Soto García M, Pérez Villaverde N, Rivilla Marugán L, Marañón Henrich N, Castillo Portales S, Estepa Jorge S. Prevalencia y características de la lactancia materna en el área de salud de Toledo. *Semergen.* 2003;29:121–4.
18. Barriuso Lapresa L. Multivariable study of breastfeeding prevalence in middle-north of Spain. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2007;41:589–612.
19. 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;18:317–20 [Article in Spanish].
20. Generalitat-Valenciana, Conselleria-de-Sanitat. Situación de la Salud Infantil y Perinatal en la Comunitat Valenciana en 2010. Valencia: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal, OSIP; 2012.
 21. Moore E, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007.
 22. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*. 1990;336:1105–7.
 23. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women Birth*. 2014;27:37–40.
 24. 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;68:447–53 [Article in Spanish].
 25. Jovani Roda L, Gutiérrez Culsant P, Aguilar Martín C, Navarro Caballé R, Mayor Pegueroles I, Jornet Torrent Y. Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2002;57:534–9.
 26. Barriuso Lapresa L, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Comerzana J. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Pediatr (Barc)*. 2000;52:225–31.
 27. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr*. 2010;13:751–9.
 28. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475–90.
 29. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact*. 2012;28:335–42.