



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES

Autor: Eva Tizón Bouza

Tesis doctoral UDC / 2015

Director: **Salvador Pita Fernández**

Departamento de Ciencias de la Salud

PROGRAMA DE CIENCIAS DE LA SALUD - DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Don Salvador Pita Fernández, Catedrático de Universidad de A Coruña, del Área de Conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública como Director.

Certifica que el trabajo titulado:

“Lactancia materna y sus determinantes”

Realizado por Dña. Eva Tizón Bouza, ha sido realizado bajo mi dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como tesis doctoral ante el Tribunal correspondiente en la Universidad de A Coruña.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente

En A Coruña, Septiembre de 2015

Fdo. Salvador Pita Fernández

“Dedicada a mis abuelos y padrinos, Andrés y Maruja, por su cariño y ánimo durante toda mi vida (que en paz descansen), y a mis padres y hermana por apoyo y dedicación”.

Agradecimientos

Tengo mucho que agradecer a diferentes personas que han hecho posible que este trabajo saliese adelante:

Me gustaría comenzar este apartado agradeciendo infinitamente la inestimable ayuda y dirección del profesor y catedrático, el Dr. Don Salvador Pita Fernández, puesto que, sin duda, este trabajo no sería posible sin su confianza y apoyo en todo momento.

Agradecer a las compañeras Silvia Souto Derungs, Mónica Mouteira Vázquez, Natalia Freire Barja y M^a Carmen Suárez Cotelo que aceptaran formar parte del estudio y accediesen a que desarrollara esta tesis; porque sin su tesón, trabajo y ganas no sería posible haber llegado hasta aquí.

Una mención especial por la verdadera “responsable” de la idea de que este estudio se haya materializado. Gracias Isaura González Martínez, matrona en el centro de salud de Narón, puesto que su petición para que iniciara el proyecto sobre lactancia materna en Ferrol, inició este camino.

A las madres, sus parejas y sus preciosos bebés, porque sin su colaboración no hubiera sido posible recoger todos los datos. Ellas son las verdaderas protagonistas del estudio.

Al personal de Enfermería de la unidad de Tocología del Complejo Hospitalario universitario de Ferrol, por su comprensión y colaboración en todo momento en la recogida de datos, especialmente a su supervisora Pilar Loureiro Vilariño.

A Alberto López Serantes, supervisor de Enfermería en la unidad de Obstetricia del CHUF, por colaboración y guía.

A la Dra. Inmaculada Gómez Besteiro y la Dra. Pilar Darriba Rodríguez, así como a la Dra. María Jesús Movilla Fernández, por su confianza, apoyo y colaboración para que mi primer proyecto de tesis se pudiese iniciar y poder entrar en el programa de doctorado.

Gracias a José Pesado Cartelle por su confianza en mí, por su apoyo y guía constante.

A Sonia Pértega Díaz, Beatriz López Calviño y M^a Teresa Seoane Pillado, matemáticas de la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña por su ayuda y amabilidad.

A Uxía Gutiérrez Couto, bibliotecaria del complejo hospitalario universitario de Ferrol por su ayuda y formación en las búsquedas bibliográficas.

Gracias al personal de Enfermería de la 5^a planta izquierda del Complejo hospitalario universitario de Ferrol por confiar en mí, especialmente a mi compañera M^a José López Rodríguez.

Por último, una mención especial a mis madres, Patricio y María, así como a mi hermana Ana, por su comprensión y ayuda por el tiempo invertido en la realización de este trabajo.

Resumen

Resumen

Introducción: La Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los bebés sean alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses de edad y mantener la lactancia materna (LM) hasta cumplir los 2 años.

Objetivos: Determinar la prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses, así como las variables asociadas a su presencia. Determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir dicha prevalencia.

Métodos: Estudio observacional, de seguimiento prospectivo (n=420; $\alpha=0,05$; $d= \pm 4,4\%$), entre junio/2013 y septiembre/2015, con mujeres ingresadas en el área sanitaria de Ferrol, por un proceso de parto. Se obtiene consentimiento informado y autorización del Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica. Se realiza un estudio descriptivo y multivariado de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de LM al alta fue de 81,4%, a los 4 meses de 54,7%, a los 6 meses de 41,6% y a los 12 meses el 19,1%. Tras tomar en consideración todas las variables asociadas a la lactancia materna en el análisis univariado y tras realizar un análisis multivariado de regresión, las variables que tienen un efecto independiente para predecir LM son:

Al alta: consumo de tabaco, número de hijos, lactancia previa y parto gemelar.

A los 4 meses: nivel de estudios, asistencia a educación maternal, género del lactante y lactancia en la primera toma. Se encuentra en el límite de la significancia estadística lactancia previa.

A los 6 meses: lactancia previa. En el en el límite de la significancia estadística edad de la madre y asistencia a educación maternal.

A los 12 meses: se encuentra en el límite de la significancia estadística edad de la madre, consumo de tabaco y lactancia previa.

En este estudio se demuestra que la variable con mayor sensibilidad, especificidad y valores predictivos para predecir LM es la lactancia previa.

Entre los motivos que propiciaron el cambio de LM destacan la hipogalactia a los 4 meses (34,6%), la introducción de alimentación complementaria por indicación médica a los 6 meses (68,2%) y la vuelta al trabajo a los 12 meses (30,3%).

Conclusiones: La prevalencia de LM disminuye a lo largo del tiempo, con muy baja prevalencia de LME a los 6 meses. Existen variables asociadas a la LM en el seguimiento. El antecedente de lactancia previa es la que mayor validez tiene para predecir LM.

Resumo

Introducción: A Organización Mundial da Saúde recomenda que todos os bebés sexan alimentados con lactación materna exclusiva (LME) ata os 6 meses de idade e manter a lactación materna (LM) ata cumprir os 2 anos.

Obxectivos: Determinar a prevalencia de LM ao alta hospitalaria, aos 4, 6 e 12 meses, así como as variables asociadas á súa presenza. Determinar a validez e seguridade de diferentes antecedentes para predicir a devandita prevalencia.

Métodos: Estudo observacional, de seguimento prospectivo (n=420; $\alpha=0,05$; d= $\pm 4,4\%$), entre xuño/2013 e setembro/2015, con mulleres ingresadas na área sanitaria de Ferrol, por un proceso de parto. Obtense consentimento informado e autorización do Comité Autonómico de Ética da Investigación Clínica. Realízase un estudo descritivo e multivariado de regresión loxística.

Resultados: A prevalencia de LM á alta foi de 81,4%, aos 4 meses de 54,7%, aos 6 meses de 41,6% e aos 12 meses dun 19,1%. Tras tomar en consideración todas as variables asociadas á LM na análise univariada e tras realizar unha análise multivariada de regresión, as variables que teñen un efecto independente para predicir LM son:

Á alta: consumo de tabaco, número de fillos, lactación previa e parto xemelgar.

Aos 4 meses: nivel de estudos, asistencia a educación maternal, xénero do lactante e LM na primeira toma. Atópase no límite da significancia estatística, a lactación previa.

Aos 6 meses: lactación previa. No límite da significancia estatística a idade da nai e asistencia a educación maternal.

Aos 12 meses: atópase no límite da significancia estatística a idade da nai, consumo de tabaco e lactación previa.

Neste estudo demóstrase que a variable con maior sensibilidade, especificidade e valores predictivos para predicir LM é a lactación previa.

Entre os motivos que propiciaron o cambio de LM destacan a hipogalactia aos 4 meses (34,6%), a introdución de alimentación complementaria por indicación médica aos 6 meses (68,2%) e a volta ao traballo aos 12 meses (30,3%).

Conclusións: A prevalencia de LM diminúe ao longo do tempo, con moi baixa prevalencia de LME aos 6 meses (5,4%). Existen variables asociadas á LM no seguimento. O antecedente de lactación previa é a que maior validez ten para predicir LM.

Abstract

Introduction: The World Health Organisation recommends that all infants are exclusively breastfed (EBF) during the first six months of life and to continue breastfeeding (BF) for the first two years.

Objectives: To determine the prevalence of BF at hospital discharge, at 4, 6 and 12 months, and the variables associated with it. To determine the validity and safety of different backgrounds to predict its prevalence.

Methods: An observational, prospective follow-up study (n = 420; $\alpha = 0.05$, $d = \pm 4.4\%$) between June / 2013 and September / 2015, with women admitted to the health trust of Ferrol for delivery. Informed consent and authorization from the Regional Committee of Ethics in Clinical Research was obtained. A descriptive and multivariate logistic regression analysis was performed.

Results: The prevalence of BF at discharge was 81.4%, 54.7% at 4 months, 41.6% at 6 months and 19.1% at 12 months. After taking into account all the variables associated with breastfeeding in the univariate analysis and after performing a multivariate regression analysis, the variables that have an independent effect to predict BF are:

At discharge: cigarette smoking, number of children, previous BF and twin births.

At 4 months: level of education, attendance to antenatal classes, infant's gender and type of feeding the baby first had. Previous breastfeeding reaches borderline statistical significance.

At 6 months: previous breastfeeding. Maternal age and attendance to antenatal classes reach borderline statistical significance.

At 12 months: maternal age, cigarette smoking and previous breastfeeding reach borderline statistical significance.

This study shows that the variable with greater sensitivity, specificity and predictive values to predict BF is previous breastfeeding.

Among the reasons that prompted the change in type of BF are hypogalactia at 4 months (34.6%), the introduction of complementary foods for medical reasons at 6 months (68.2%) and return to work at 12 months (30.3%).

Conclusions: The prevalence of BF decreases over time, with a very low prevalence of EBF at 6 months. There are several variables associated with BF in this study. Previous breastfeeding is the more valid variable for predicting BF.

Índice

INDICE		Página
Resumen		9-12
Índice		14-18
Índice de abreviaturas		19
Índice de figuras		20
Índice de tablas		20-24
1.	Introducción	25-49
1.1	La lactancia materna en la alimentación infantil	26-29
1.1.1	Importancia de la lactancia materna: un derecho de los niños, las niñas y las madres de todo el mundo	26
1.1.2	Importancia de la lactancia materna exclusiva	26-27
1.1.3	Beneficios de la lactancia materna	28
1.1.3.1	Beneficios para los lactantes	28
1.1.3.2	Beneficios para la madre	28-29
1.1.3.3	Beneficios para la sociedad	30
1.2	Características de la leche materna	30-31
1.2.1	Propiedades de la leche materna	30-31
1.2.1.1	Propiedades del calostro	30-31
1.2.1.2	Propiedades de la leche de transición	31
1.2.1.3	Propiedades de la leche madura	31
1.3	Prevalencia de lactancia materna	32-33
1.3.1	Prevalencia de lactancia materna a nivel mundial	32-33
1.3.2	Prevalencia de lactancia materna en España	33
1.4	Factores determinantes de la lactancia materna	34-36
1.4.1	Factores positivos para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna	34-35
1.4.2	Factores negativos para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna	35-36
1.5	Medidas para el fomento de la lactancia materna	37-42
1.5.1	Medidas globales para el fomento de la lactancia materna	37-42
1.5.1.1	Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna	37
1.5.1.2	Diez pasos hacia una feliz lactancia natural	37-40
1.5.1.3	Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna	40
1.5.1.4	Iniciativa hospital amigo de los niños	40
1.5.1.5	Metas globales 2025 de la organización mundial de la Salud	40-41
1.5.1.6	Plan de parto y nacimiento	41-42
1.6	Papel de Enfermería en el fomento de la lactancia materna	43-49
1.6.1	Importancia de Enfermería en el fomento de la lactancia materna	43-47
1.6.1.1	Papel de Enfermería y lactancia materna en la educación maternal	43-44
1.6.1.2	Papel de Enfermería y lactancia materna durante la estancia hospitalaria	44-45
1.6.1.2.1	Papel de Enfermería y lactancia materna en el puerperio inmediato	45
1.6.1.2.2	Papel de Enfermería y lactancia materna tras el parto quirúrgico en la unidad de reanimación	46
1.6.1.2.3	Papel de Enfermería y lactancia materna en el ingreso en unidades especiales neonatales	46
1.6.1.2.4	Papel de Enfermería y lactancia materna durante el puerperio hospitalario	47
1.6.1.3	Lactancia materna tras el alta hospitalaria y mantenimiento de la lactancia posterior	47
1.6.2	Grados de recomendación y niveles de evidencia en lactancia materna	48-49
2.	Justificación del estudio	50-51
3.	Hipótesis del estudio	52-53
4.	Objetivos del estudio	54-55
5.	Material y métodos	56-70
5.1	Ámbito de estudio	57-59

5.2	Periodo de estudio	60
5.3	Tipo de estudio	60
5.4	Estrategia de búsqueda bibliográfica	60
5.5	Criterios de inclusión	61
5.6	Criterios de exclusión	61
5.7	Mediciones	61-64
5.8	Justificación del tamaño de la muestra	64-66
5.9	Análisis estadístico	66
5.10	Aspectos ético-legales	66-67
5.11	Cronograma y plan de trabajo	67-70
6.	Resultados	71-180
6.1	Características generales de la muestra	73-93
6.1.1	Características generales de la madre	73-76
6.1.2	Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar	77
6.1.3	Características de la comorbilidad de la madre	77-78
6.1.4	Características de los antecedentes obstétricos de la madre	78-79
6.1.5	Opinión previa de la madre, su pareja y otras madres sobre el tipo de lactancia más adecuado	79-80
6.1.6	Características generales de la educación maternal	80-81
6.1.7	Características generales del parto	81-82
6.1.8	Características generales del recién nacido	82-84
6.1.9	Características generales de la lactancia materna durante la primera hora de vida	84-85
6.1.10	Características generales de la lactancia materna durante el puerperio inmediato	85-86
6.1.11	Características generales de la lactancia materna durante el puerperio hospitalario	86-87
6.1.12	Características generales de la lactancia materna en unidades especiales	87-88
6.1.13	Características generales de la lactancia materna al alta hospitalaria	88-89
6.1.14	Características generales de la Lactancia Materna a los 4 meses de vida	89-90
6.1.15	Características generales de la Lactancia Materna a los 6 meses de vida	90-91
6.1.16	Características generales de la lactancia materna a los 12 meses de vida	91-92
6.1.17	Características evolutivas de la Lactancia Materna durante el primer año de vida	92-93
6.2	Lactancia Materna al alta hospitalaria y diferentes covariables	94-112
6.2.1	Características generales de la madre	94-98
6.2.2	Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar	98-99
6.2.3	Características de la comorbilidad de la madre	99-101
6.2.4	Características de los antecedentes obstétricos	101-102
6.2.5	Opiniones previas al parto	102
6.2.6	Características de la educación maternal	103-104
6.2.7	Características del parto	104
6.2.8	Características del recién nacido	105
6.2.9	Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	105-106
6.2.10	Características de la lactancia en la primera hora de vida del lactante	106-108
6.2.11	Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato	108-109
6.2.12	Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario	109-111
6.2.13	Características de la lactancia materna en unidades especiales de cuidados	111-112
6.3	Lactancia Materna a los 4 meses y diferentes covariables	113-134
6.3.1	Características generales de la madre	113-117
6.3.2	Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar	117-118
6.3.3	Características de la comorbilidad de la madre	118-120

6.3.4	Características de los antecedentes obstétricos	120-121
6.3.5	Opiniones previas al parto	122
6.3.6	Características de la educación maternal	123-124
6.3.7	Características del parto	124-125
6.3.8	Características del recién nacido	125-126
6.3.9	Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y primera hora de vida del lactante	126-127
6.3.10	Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del lactante	127-128
6.3.11	Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato	128-130
6.3.12	Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario	130-132
6.3.13	Características de la lactancia materna en unidades especiales de cuidados	132-133
6.3.14	Características de la lactancia materna al alta hospitalaria	133-134
6.3.15	Características de la lactancia materna a los 4 meses	134
6.4	Lactancia Materna a los 6 meses y diferentes covariables	135-155
6.4.1	Características generales de la madre	135-138
6.4.2	Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar	138-139
6.4.3	Características de la comorbilidad de la gestante	139-140
6.4.4	Características de los antecedentes obstétricos	141-142
6.4.5	Opiniones previas al parto	142-143
6.4.6	Características de la educación maternal	143-144
6.4.7	Características del parto	145
6.4.8	Características del recién nacido	145-146
6.4.9	Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	146-148
6.4.10	Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido	148-149
6.4.11	Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato	149-151
6.4.12	Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario	151-152
6.4.13	Características de la lactancia materna en el puerperio en unidades especiales	152-154
6.4.14	Características de la lactancia materna al alta hospitalaria	154
6.4.15	Características de la lactancia materna a los 4 meses	154-155
6.4.16	Características de la lactancia materna a los 6 meses	155
6.5	Lactancia Materna a los 12 meses y diferentes covariables	156-177
6.5.1	Características generales de la madre	156-159
6.5.2	Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar	159-160
6.5.3	Características de la comorbilidad de la gestante	160-161
6.5.4	Características de los antecedentes obstétricos	162-163
6.5.5	Opiniones previas al parto	163-164
6.5.6	Características de la educación maternal	164-165
6.5.7	Características del parto	165-166
6.5.8	Características del recién nacido	166-167
6.5.9	Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	167-168
6.5.10	Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido	168-169
6.5.11	Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato	169-171
6.5.12	Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario	171-173
6.5.13	Características de la lactancia materna en el puerperio en unidades especiales	173-174
6.5.14	Características de la lactancia materna al alta hospitalaria	174
6.5.15	Características de la lactancia materna a los 4 meses	175
6.5.16	Características de la lactancia materna a los 6 meses	176

6.5.17	Características de la lactancia materna a los 12 meses	177
6.6	Variables asociadas a la lactancia materna en el seguimiento en el tiempo	178
6.7	Validez y seguridad de las variables asociadas a la lactancia	179-180
7.	Discusión	181-203
7.1	Prevalencia de lactancia materna en diferentes momentos en el seguimiento	183-190
7.1.1	Prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria	183-185
7.1.2	Prevalencia de lactancia materna a los 4 meses	185-186
7.1.3	Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses	186-189
7.1.3.1	Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses	186-188
7.1.3.2	Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses	189
7.1.4	Prevalencia de lactancia materna a los 12 meses	189-190
7.2	Variables asociadas a la lactancia materna	191-198
7.2.1	Consumo de tabaco	192
7.2.2	Número de hijos previos	192
7.2.3	Lactancia previa	193
7.2.4	Tipo de parto. Gemelaridad	193
7.2.5	Nivel de estudios de la madre	193-194
7.2.6	Asistencia a educación maternal	194-195
7.2.7	Lactancia materna en la primera hora de vida	195
7.2.8	Edad de la madre	196
7.2.9	Otros determinantes de la lactancia materna	196-198
7.2.9.1	Actividad laboral de la madre	196
7.2.9.2	Alojamiento conjunto	197
7.2.9.3	Contacto precoz piel con piel	197-198
7.2.9.4	Información sobre lactancia	198
7.3	Motivos de cambio en la lactancia materna	199-200
7.4	Limitaciones del estudio	201
7.5	Aportaciones del estudio	202
7.6	Líneas futuras de investigación	203
8.	Conclusiones	204-206
9.	Bibliografía	207-221
10.	Anexos	222-233
10.1	Documento de consentimiento para la participación en un estudio de investigación	223
10.2	Documento de consentimiento para a participación nun estudo de investigación	224
10.3	Hoja de información a las participantes del estudio de investigación	225-226
10.4	Dictamen del comité autonómico de ética de la investigación de Galicia	227
10.5	Autorización de la Xerencia de xestión integrada de Ferrol para realización del estudio	228
10.6	Hoja de recogida de datos 1: previo al alta hospitalaria	229-230
10.7	Hoja de recogida de datos 2: a los 4 meses de vida	231
10.8	Hoja de recogida de datos 3: a los 6 meses de vida	232
10.9	Hoja de recogida de datos 4: a los 12 meses de vida	233

Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Nombre completo
AC	Alimentación complementaria
ASF	Área sanitaria de Ferrol
B	Coeficiente de regression
CAEIG	Comité autonómico de ética de investigación de Galicia
CHUF	Complejo hospitalario universitario de Ferrol
cm	Centímetros
cols.	Colaboradores
CS	Centro de salud
DeCS	Descriptores de salud
DT	Desviación típica
ENFISPO	Biblioteca de Enfermería, fisioterapia y podología de Universidad complutense de Madrid
ENS	Encuesta nacional de salud
EOXI	Estructura organizativa de Xerencia integrada
gr	Gramos
Ha	Hipótesis alternativa
Ho	Hipótesis nula
IC	Intervalo de confianza
IgA	Inmunoglobulina A
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo de los Niños
IMC	Índice de masa corporal
JBI COncNECT+	Joanna Briggs Institute – Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics
Kcal	Kilocalorías
L	Límite de la significancia estadística
LA	Lactancia artificial
LM	Lactancia materna
LME	Lactancia materna exclusiva
LP	Lactancia parcial
MeSH	Medical Subject Headings
ml	Millilitros
OMS	Organización mundial de la salud
OR	Odds ratio
SERGAS	Servicio galego de saúde
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
WOS	Web of Science

Índice de Figuras

Nº Figura	Título completo	Página
Figura 1	Mapa de las Áreas sanitarias que conforman el SERGAS	57
Figura 2	Relación de ayuntamientos situados en el Área sanitaria de Ferrol	58
Figura 3	Características de la madre según la edad	73
Figura 4	Características del nivel de estudios de la madre	75
Figura 5	Media de edad de la madre según nivel de estudios	75
Figura 6	Distribución del peso del recién nacido	83
Figura 7	Media de peso al nacimiento según género del recién nacido	84
Figura 8	Probabilidad de lactancia materna al alta hospitalaria según edad de la madre	93
Figura 9	Probabilidad de lactancia materna al alta según edad de la madre y nivel de estudios	96
Figura 10	Probabilidad de lactancia materna a los 4 meses según edad y nivel de estudios de la madre	115
Figura 11	Probabilidad de lactancia materna a los 6 meses según edad y nivel de estudios de la madre	136
Figura 12	Probabilidad de lactancia materna a los 12 meses según edad y nivel de estudios de la madre	157

Índice de tablas

Nº Tabla	Título completo	Página
Tabla 1	Distribución de los grados de recomendación según grados de evidencia	48
Tabla 2	Recomendaciones basadas en la evidencia sobre manejo de la lactancia materna	49
Tabla 3	Datos demográficos del área sanitaria de Ferrol, según, tasa bruta de natalidad, edad media a la maternidad, número medio de hijos y número de nacimientos, respecto a las comarcas de Ferrol, Eume y Ortegal	59
Tabla 4	Listado de centros de salud y consultorios del área sanitaria de Ferrol	59
Tabla 5	Distribución del número de partos atendidos en el CHUF entre los años 2005-2012	65
Tabla 6	Diagrama De Gantt según el cronograma del estudio de investigación	68
Tabla 7	Características de la madre según edad, nacionalidad, país, nivel de estudios y situación laboral	74
Tabla 8	Características de la madre según municipio de residencia y centro de salud habitual	76
Tabla 9	Características de la pareja según situación laboral, nivel de estudios y núcleo familiar (número de personas en el núcleo familiar)	77
Tabla 10	Características de la madre según su comorbilidad respecto al consumo de tabaco, antecedentes médicos y antecedentes quirúrgicos	78
Tabla 11	Características de la madre según antecedentes obstétricos (partos anteriores, gestaciones previas, número de partos previos, número de hijos y tipo de lactancia en partos anteriores)	79
Tabla 12	Opiniones previas sobre lactancia más adecuada de los recién nacidos según la madre, su pareja, otras madres que conocen y quien les influyó más en su decisión sobre la lactancia	80
Tabla 13	Características de la educación maternal recibida según el centro de salud habitual, oferta, asistencia, información sobre lactancia materna	81
Tabla 14	Características del parto según gemelaridad y tipo de parto	81
Tabla 15	Características del recién nacido respecto a sexo, peso y talla	82
Tabla 16	Características de la lactancia y contacto piel con piel en la primera hora de vida del recién nacido	85
Tabla 17	Características del puerperio inmediato según ayuda con lactancia materna, contacto piel con piel y fortalecimiento del vínculo-materno-filial	86
Tabla 18	Características del puerperio hospitalario sobre necesidad de suplementos, información sobre riesgos y utilización de chupetes, biberones y tetinas, acceso a publicidad y preparación de leche artificial e información sobre resolución de problemas y personal de apoyo	87
Tabla 19	Características del puerperio en unidades especiales	88

Tabla 20	Características de la lactancia materna al alta hospitalaria	89
Tabla 21	Características de la lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes y edad del lactante en el cambio de lactancia	89
Tabla 22	Características que motivaron el cambio de lactancia desde el alta hospitalaria hasta los 4 meses de edad de los lactantes	90
Tabla 23	Características de la lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según prevalencia de lactancia materna a los 6 meses y edad del lactante en el cambio de lactancia	90
Tabla 24	Características que motivaron el cambio de lactancia entre los 4 y 6 meses de edad de los lactantes	91
Tabla 25	Características de la lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según prevalencia de lactancia materna a los 12 meses y edad del lactante en el cambio de lactancia	92
Tabla 26	Características que motivaron el cambio de lactancia entre los 6 y 12 meses de edad de los lactantes	92
Tabla 27	Características de la lactancia según diferentes momentos evolutivos en el tiempo	93
Tabla 28	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	95
Tabla 29	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	97
Tabla 30	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	98
Tabla 31	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	100
Tabla 32	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	101
Tabla 33	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables según las opiniones previas sobre lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	102
Tabla 34	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de educación maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	103
Tabla 35	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	104
Tabla 36	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	105
Tabla 37	Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	106
Tabla 38	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	107
Tabla 39	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	109
Tabla 40	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	110
Tabla 41	Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	112
Tabla 42	Lactancia materna a los 4 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	114
Tabla 43	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	116
Tabla 44	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	117
Tabla 45	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	119
Tabla 46	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	121

Tabla 47	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	122
Tabla 48	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de educación maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	123
Tabla 49	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	124
Tabla 50	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	125
Tabla 51	Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y lactancia en la primera toma	126
Tabla 52	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	128
Tabla 53	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	129
Tabla 54	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	131
Tabla 55	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	133
Tabla 56	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia al alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	133
Tabla 57	Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según lactancia materna. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	134
Tabla 58	Lactancia materna a los 6 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	135
Tabla 59	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	137
Tabla 60	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	138
Tabla 61	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	140
Tabla 62	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	141
Tabla 63	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	142
Tabla 64	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de Educación Maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	144
Tabla 65	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	145
Tabla 66	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	146
Tabla 67	Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	147
Tabla 68	Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y lactancia en la primera toma	148
Tabla 69	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	149
Tabla 70	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	150

154	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	152
Tabla 72	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	153
Tabla 73	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia al alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	154
Tabla 74	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según lactancia Materna a los 4 meses. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	155
Tabla 75	Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	155
Tabla 76	Lactancia materna a los 12 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	156
Tabla 77	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	158
Tabla 78	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	159
Tabla 79	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	161
Tabla 80	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	162
Tabla 81	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	163
Tabla 82	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de educación maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	164
Tabla 83	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	166
Tabla 84	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	166
Tabla 85	Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido	168
Tabla 86	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	169
Tabla 87	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	170
Tabla 88	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	172
Tabla 89	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	173
Tabla 90	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de Lactancia al Alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	174
Tabla 91	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según Lactancia Materna a los 4 meses. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	175
Tabla 92	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	176
Tabla 93	Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna	177
Tabla 94	Variables predictivas de lactancia materna tras realización de modelos multivariados de regresión en diferentes momentos en el tiempo ajustando por variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y lactancia en la primera toma	178
Tabla 95	Validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir lactancia materna en diferentes momentos en el seguimiento	180

Tabla 96	Relación de estudios de investigación publicados en España sobre prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria, variables asociadas a la lactancia y causas de abandono de la lactancia	184
Tabla 97	Relación de estudios de investigación publicados fuera de España sobre prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria, variables asociadas a la lactancia y causas de abandono de la lactancia	185
Tabla 98	Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 4 meses	186
Tabla 99	Relación de estudios de investigación publicados en España sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses	187
Tabla 100	Relación de estudios de investigación publicados fuera de España sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses	188
Tabla 101	Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna a los 6 meses.	189
Tabla 102	Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna en España a los 12 meses	190
Tabla 103	Motivos que propiciaron el cambio o abandono de la lactancia materna	199
Tabla 104	Relación de artículos de investigación según motivos para el cambio de lactancia materna	200

1. Introducción

1.1 LA LACTANCIA MATERNA EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

1.1.1 Importancia de la lactancia materna: un derecho de los niños, las niñas y las madres de todo el mundo

La lactancia materna (LM) contribuye a la supervivencia y la salud de los niños y niñas, siendo un tipo de nutrición indispensable para su crecimiento y desarrollo. Aporta nutrientes, anticuerpos y sustancias biológicamente activas, que favorecen el crecimiento y el desarrollo inmunológico (1), sirviendo como primera inmunización por sus propiedades.

Proporciona la energía y los nutrientes que se necesitan durante los primeros meses de vida y sigue aportando la mitad de las necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio del segundo año de vida (2).

En 2003, en la “**Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño**” (3) se indicaba la necesidad que en los niños se respectara sus derechos sobre alimentación, tal y como se había aprobado Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 en Ginebra, durante la Convención sobre Derechos del Niño (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) consideran la LM un derecho de los niños y las niñas, así como de la madre (5). Las madres también tienen derecho a que sigan una nutrición adecuada, a decidir el modo de alimentar a sus bebés, a disponer de una información completa y a unas condiciones adecuadas que les permitan poner en prácticas todas estas decisiones (3).

1.1.2 Importancia de la lactancia materna exclusiva

La lactancia materna exclusiva (LME) se define como la práctica de la que los lactantes sólo toman leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin otro alimento o agua (6); sólo se incluye la leche extraída o de nodriza, las sales de rehidratación oral, las gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos) (7).

La LME constituye una de las prácticas de lactancia óptimas, entre las que se encuentran el inicio de la lactancia en la primera hora de vida y la lactancia materna

continuada durante al menos 2 años de edad (6), o hasta que la madre y el hijo/a quieran (1).

La OMS recomienda, desde 2001, que todos los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, y mantener la lactancia materna hasta que el niño cumpla los 2 años (6, 8-12).

La Academia Americana de Pediatría recomienda mantener la lactancia materna al menos durante el primer año (13, 14).

Entre las medidas propuestas para alcanzar este objetivo, la OMS-UNICEF recomiendan (2) que se inicie la lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido, proporcionar al lactante únicamente leche materna, dar el pecho siempre que se reclame y no utilizar biberones, tetinas o chupetes.

Aparte de la LME, durante los primeros meses de vida, los padres pueden elegir otro tipo de alimentación, como puede ser:

Lactancia parcial (LP) (también llamada mixta): comprende la alimentación del lactante con leche materna más una leche artificial (lactancia parcial alternante) o alimentación complementaria (AC) (lactancia parcial complementaria) (7, 15). La alimentación complementaria agrupa alimentos sólidos o líquidos, permitiéndose cualquier comida o líquido incluida leche no humana (7).

Lactancia artificial (LA): alimentación del lactante únicamente con leche artificial o de fórmula, maternizada (leche de origen no humano y preparada para lactantes) (7). Se emplea para sustituir la leche materna y, sus componentes se asemejan a la leche materna para que se pueda obtener efectos parecidos a los del lactante amamantado. Pueden cubrir las necesidades del niño desde el nacimiento hasta los tres años. Existen leches artificiales para el inicio de la lactancia, otras adaptadas a lactantes de bajo peso o prematuros y fórmulas parcialmente hidrolizadas o digeridas (15). Se dividen en dos tipos (15):

- Fórmulas de inicio: cubren las necesidades del lactante hasta los 4 – 5 meses.
- Fórmulas de continuación: cubren las necesidades entre los 5 y los 12 meses, que se puede utilizar hasta los 3 años.

1.1.3 Beneficios de la lactancia materna

La OMS afirma “con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta” (2). Es la mejor forma de alimentar a niños y niñas en las primeras etapas de su vida, incluidos los prematuros/as, gemelos/as y lactantes enfermos/as (16), salvo rarísimas excepciones y no tiene sustituto; además, se debe tener en cuenta que presenta innumerables ventajas a corto y largo plazo, para la salud física y emocional, tanto del lactante como de la madre (1, 17) o la sociedad.

1.1.3.1 Beneficios para los lactantes:

Los niños y niñas amamantados experimentan un mayor aumento de peso y talla durante los 3 primeros meses de vida, aunque al final del primer año de vida ganan menos peso y son más delgados (18); presentan menos diarreas, infecciones respiratorias, otitis invasivas, infecciones intestinales y enterocolitis necrotizantes (18). Además, presentan un tamaño del timo mayor que los alimentados con LA, lo cual influye en el repertorio celular y la función inmunitaria posterior del órgano (19, 20).

Según el estudio publicado por Becerra-Bulla y colaboradores (cols.) (21), indican que la activación de las cadenas de señalización de leptina por la LM, disminuye los riesgos de enfermedades como hipertensión, obesidad, cáncer o depresión.

Otros efectos protectores se enmarcan en relación con la muerte súbita del lactante, patología alérgica, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn y cáncer, favorece la liberación de la hormona del crecimiento y previene problemas dentales (18), contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles futuras (6, 22), así como un efecto positivo en la evolución cognitiva, puesto que a mayor tiempo de amamantamiento presentan mejor desarrollo, habilidades motoras y el desarrollo temprano del lenguaje (18).

1.1.3.2 Beneficios para la madre:

La LM también es beneficiosa para la madre, al favorecer la contracción uterina (1); además, disminuye el sangrado tras el parto (1), mejora la anemia y aumento de las reservas de hierro (18), inhibe la ovulación (1) y como consecuencia actúa como anticonceptivo (1). Por otro lado, disminuye el riesgo de padecer cáncer de útero y mama post-menopáusico (1). También favorece la recuperación más precoz del peso

corporal previo al embarazo, disminuye fracturas de cadera y espinales por osteoporosis en la post-menopausia, reduce las necesidades de insulina en madres diabéticas y normaliza antes el metabolismo de las madres que han tenido diabetes gestacional (18).

Un estudio publicado en 2015 en Granada (23), concluye que la lactancia materna disminuye la presión arterial de la madre y el lactante, a corto y largo plazo.

Desde el punto de vista psicológico favorece el establecimiento del vínculo afectivo madre/hijo (1, 18). El contacto piel con piel propiciado por el amamantamiento, proporciona al niño/a sentimientos de seguridad y calor (1), consuelo, ternura y comunicación entre madre e hijo, así como predispone en el lactante buenos hábitos alimentarios para el futuro (18).

1.1.3.3 Beneficios para la **sociedad**:

Entre los beneficios para la sociedad (1), se encuentran que el amamantamiento natural es una fuente de alimentación económica y ecológica que disminuye el gasto sanitario (1) y familiar (18), de medicamentos (18), propicia una menor frecuentación de los lactantes a los servicios de salud y consultas médicas (1) y un menor absentismo laboral de los progenitores por enfermedad de su hijo (1).

A nivel medioambiental al disminuir el consumo de botes de leche, biberones o tetinas y no generarse estos, se ahorran gastos de energía que contribuye al cuidado del planeta (18).

1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA LECHE MATERNA

1.2.1 Propiedades de la leche materna

La leche materna es un producto biológico natural con numerosos componentes inmunológicos, que posee función protectora y preserva al lactante de las infecciones. Incluye factores que proveen la inmunidad específica, como anticuerpos y linfocitos, así como también factores que brindan una inmunidad no específica, como la lactoferrina, lisozima, oligosacáridos y lípidos.

Sus componentes favorecen la maduración del sistema inmune del lactante, al amplificar las respuestas humoral y cerebral, y estimular, en forma más temprana, la producción de anticuerpos de tipo inmunoglobulina tipo A (Ig A) en mucosas (de esta manera protege a nivel local contra Polivirus, Escherichia Coli y Vibrión Cholerae) (19, 20, 24).

La composición de la LM varía según las necesidades del lactante, presentando mayor cantidad de leche en las tomas de la mañana que en las de la noche. Además, varía su composición a lo largo de la tetada. Al principio de la misma, la leche está más aguada pero contiene la mayor parte de las proteínas y azúcares y, al final de la toma, la leche es menos abundante pero con más calorías, grasas y vitaminas (15).

1.2.1.1 Propiedades del calostro

La primera leche que la madre produce durante los primeros 3-4 días tras el parto es el calostro (25) (aunque se forma durante el último trimestre del embarazo) (15).

Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen (2 a 20 mililitros - ml- por mamada), cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido (15). En el primer día se producen unos 100ml, pero esta cantidad varía entre las 36 y 48 horas postparto, hasta alcanzar los de 500-750 ml diarios a los 5 días de vida.

Entre las propiedades del calostro podemos encontrar, las siguientes (15, 25): plasma (15), células, 2 gramos/100 ml de grasa (gr/ml), 4 g/100 ml de lactosa, 2 gr/100 ml de proteína como la seroalbúmina, 67 Kilocalorías/100ml (Kcal/ml), betacarotenos, 2-3 gramos de Inmunoglobulina A, lactoferrina, 20 gr/ Litro de oligosacáridos, linfocitos y macrófagos (100.000 milímetros cúbicos), vitaminas liposolubles (E, A, K), sodio, cloro, zinc, hierro, silicio, selenio o manganeso.

Contiene menos cantidades de lactosa, energía, lípidos y vitaminas hidrosolubles y nucleótidos que la leche madura. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el

sodio un sabor ligeramente salado. Mantiene una concentración promedio de Ig A cubriendo el endotelio del tubo digestivo para evitar la adherencia de patógenos, facilita la colonización del tracto digestivo por lacto bacilos bífidus, y es rico en factores de crecimiento para la maduración de los sistemas digestivos; contiene además antioxidantes que protegen del daño oxidativo. Junto a los oligosacáridos, linfocitos y macrófagos confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente (15, 25).

1.2.1.2 Propiedades de la leche de transición

La leche de transición es la leche de composición intermedia hasta la leche madura, que se produce desde el 4º día postparto. En los 2 primeros días se produce un aumento brusco en la producción de leche, también conocida como “subida de la leche”, que sigue aumentando hasta alcanzar los 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 30 días tras el parto (15).

1.2.1.3 Propiedades de la leche madura

Se producen entre 700-900 ml diarios durante los 6 primeros meses postparto, con un valor calórico de aproximadamente 700 Kcal/litro con variaciones individuales, 5-10% de proteínas del total calórico, 35-40% carbohidratos y 50-55% de lípidos (15).

1.3 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA

1.3.1 Prevalencia de lactancia materna a nivel mundial

Algunas fuentes como la OMS afirman, que existe una baja tasa de LM y un abandono temprano de la misma a nivel mundial (1); sólo el 38% de los lactantes entre 0 a 6 meses reciben LME (6), mientras que el 34,8% de los lactantes lo hacen durante los 4 primeros meses de vida (3).

A nivel mundial, las tasas de LME aumentaron del 14% en 1985 al 38% en 1995, pero disminuyeron posteriormente en la mayoría de las regiones (26):

En el caso de la países en vías de desarrollo, la OMS expone que la LME se ha incrementado entre 1990 y 2004 de 34 a 41% (14). Los cambios en las tasas de LME, a menudo superando la meta global propuesta, han logrado aumentar su prevalencia en distintos países y regiones, como Camboya (de 12% a 60% entre 2000 y 2005), Malí (del 8% al 38% entre 1996 y 2006) o Perú (del 33% al 64% entre 1992 y 2007) (26).

En casi todos los países del África subsahariana las cifras de LME a los 6 meses de vida son inferiores al 20%; y en algunos, como Senegal, República Centroafricana, Níger y Nigeria, incluso inferiores a 5 % (27, 28).

En el caso de Australia y Nueva Zelanda, las cifras de LME se mantienen desde el último decenio de 80, 50 y 20 % a los 0, 3 y 6 meses, respectivamente (27).

A principio de la década de los 90, en Latinoamérica, alrededor del 95% de los lactantes eran amamantados naturalmente, pero las cifras de LME hasta los 4 meses estipulada por la OMS muestran un descenso en los últimos años, pues están en menos de 20% (10% en la región caribeña), aunque en Bolivia se mantienen cifras superiores a 50% (27).

En Cuba, durante el año 2006 se estableció la prevalencia de LME al inicio del 68,4 %, del 52,4 % a los 3 meses y del 24,3 % a los 6 meses (27) (26%, según las estadísticas sanitarias mundiales de 2010, entre 2000 a 2009) (27, 28).

En Europa, las cifras rondan el 70% de LME inicial, aunque en Francia sólo alcanza 50% (27). En cambio, países como Suecia y Noruega, mantienen cifras mayores, como

más de 60% al cuarto mes, desde hace varias décadas y, en Armenia o Polonia han aumentado la prevalencia de 1 a 20% al cuarto mes en pocos años.

En Estados Unidos, aunque casi el 80% de las madres inician LM, según estudios como el realizado por Feldman-Winter (29), sólo el 50% siguen amamantando a las 6 semanas, y menos del 15% mantienen LME a los 6 meses.

1.3.2 Prevalencia de lactancia materna en España

En España, aunque diferentes estudios cifran la prevalencia de LM entre el 20-30% a los 6 meses (30, 31), no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de la lactancia materna (32).

En 1997, el Comité de lactancia materna de la Asociación española de Pediatría coordinó un estudio en el que se recogió información de varias comunidades autónomas, en ese momento la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses de edad estuvo en torno al 20% (32).

Otros estudios han encontrado que sólo entre un 7-30% de las madres continúan lactando a sus hijos a los 6 meses de edad (32-34).

Según la Encuesta nacional de salud (ENS) llevada a cabo en 2006, la lactancia exclusiva a las 6 semanas era del 68%, a los 3 meses del 52,5% y a los 6 meses del 24,7% (4, 35). Estos valores han ido disminuyendo como se aprecia en la siguiente ENS realizada en 2011, donde la prevalencia de LME era del 66,2% en las 6 primeras semanas de vida. Sin embargo, mejoran los datos a los 6 meses, siendo el porcentaje a esta edad del 28,5% (36).

1.4 FACTORES DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA

1.4.1 Factores positivos para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna

Existen factores que tienen una influencia positiva para la instauración y el mantenimiento de la LM, que contribuyen a mejorar su duración, como son la edad de la madre (37), su nivel de estudios (37), la intención de lactancia durante el embarazo (37), haber acudido a clases de educación maternal (37) y la experiencia materna anterior en lactancia materna (38).

También el contacto precoz piel con piel, llamado método canguro, continuo y prolongado entre su madre o padre con el recién nacido e inmediatamente tras el parto (39) se promulga como una acción importante que propicia la lactancia materna.

Surge en 1983 en Bogotá, Colombia, por los doctores Rey y Martínez (40), como alternativa a los cuidados en incubadora. Es deseable que, inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel (39, 41) (grado de recomendación A).

Entre sus beneficios (39) se encuentran una mayor frecuencia y duración de la lactancia materna (42), así como un efecto beneficioso de vinculación materno-filial (42), en la disminución del tiempo de llanto (42), en los niveles de glucosa del recién nacido (42, 43), en la estabilidad cardiorrespiratoria (42), menor dolor por ingurgitación mamaria (43), se recuperan más rápido del estrés (43), el equilibrio ácido-base y la temperatura (43).

En caso de la madre, aumenta la duración de la lactancia materna, evita experiencias emocionales negativas (43), presenta menor grado de ansiedad y mejora agarre correcto al pecho materno (44). Con más de 50 minutos de contacto piel con piel, la probabilidad de hacer una toma de forma espontánea es 8 veces mayor que si el tiempo es inferior a 50 minutos (39), por lo que el tiempo de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos (39) (grado de recomendación B) y supervisado por un profesional sanitario (grado de recomendación C).

Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto piel con piel, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto (39) (grado de recomendación A), por lo tanto, en caso no posibilitarse el contacto piel con piel con la madre, debe facilitarse hacerlo con el padre (39, 45).

1.4.2 Factores negativos para la instauración y el mantenimiento de la lactancia materna

La instauración y mantenimiento de la lactancia materna, así como su duración están influenciados negativamente por factores que dificultan el desarrollo y fomento de la LM.

Los factores que según la OMS contribuyen a la disminución de la LME (6) son los siguientes:

- Creencia de los cuidadores o de influencias sociales que un bebé necesita líquidos adicionales o sólidos antes de los 6 meses, ya que la leche materna por sí sola no es adecuada (favoreciendo la lactancia parcial).
- Prácticas y políticas hospitalarias y de atención de la salud que no apoyan la LM o la falta de apoyo especializado adecuado (en centros de salud, hospitales y en la comunidad)
- . Promoción agresiva de la fórmula infantil, leche en polvo y otros sucedáneos de la leche materna
- Legislación de maternidad y paternidad inadecuada y otras políticas del lugar de trabajo que soportan una mujer con capacidad de amamantar cuando vuelve a trabajar.
- Falta de conocimiento sobre los peligros de no amamantar exclusivamente y de técnicas adecuadas de LM entre las mujeres, sus parejas, familias, profesionales de la salud y responsables políticos.

Existen otros factores como el bajo peso del recién nacido (46), el parto por cesárea (46), la combinación de LM y LA (46), la mala interpretación del llanto infantil por parte de los padres (46), la introducción temprana de la alimentación complementaria (sobre los 4-6 meses) (46), la separación madre-bebé (46), el deseo del padre de alimentarlo o la decisión propia de destetar (46), que pueden disminuir la prevalencia de LM. Además, se debe tener en cuenta el posible efecto negativo de la publicidad de leche artificial (29).

La creencia de que su leche es insuficiente para las necesidades del lactante es la principal razón de que las madres comiencen a alimentar regularmente con leche artificial (46). Por otro lado, la falta de conocimientos y habilidades del personal sanitario también pueden contribuir a las bajas tasas de la LM debido a comentarios y consejos inadecuados que se puedan proporcionar a las madres y sus familias (9, 29).

1.5 MEDIDAS PARA EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

1.5.1 Medidas globales para el fomento de la lactancia materna

A lo largo de las últimas décadas se han intensificado los esfuerzos para desarrollar políticas y programas de actuación para el fomento de la lactancia materna en lo largo del mundo. A continuación, se resumen algunos de los más importantes a nivel global.

5.1.1.1 Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna

Una de las medidas más importantes para favorecer la LM, fue tomada en 1981 por la OMS, cuando se aprueba el llamado **Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna** (47), el cual prohíbe la publicidad de sucedáneos, donaciones de muestras a madres o embarazadas, imágenes y fotos de bebés que idealicen la leche artificial, entre otros (1). Por parte de nuestro país, el gobierno español se adhirió a dicho código en 1993, por medio del Real Decreto 1408/92, publicado en el Boletín Oficial del Estado del día 13 de enero de 1993 (1).

1.5.1.2 Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

A finales del siglo XX, OMS y UNICEF, preocupados por el progresivo abandono de la práctica de la LM a nivel mundial, elaboran un documento sobre *“Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad”* (48). Este documento contiene los **“Diez pasos hacia una feliz lactancia natural”** (49) que engloban las acciones que deben llevarse a cabo para apoyar la lactancia desde el período prenatal, continuando en el neonatal inmediato en las maternidades, y tras el alta hospitalaria a través de los servicios de atención primaria y los grupos de apoyo pro-lactancia materna (1).

Los 10 Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural, resume las acciones necesarias para apoyar la lactancia en las maternidades (1, 18):

1. **Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud**, que abarque los 10 pasos, disponible para todo el personal y esté visible en todas las áreas de atención materno-infantil. Además, debe proteger la lactancia mediante la adhesión al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna.
2. **Capacitar a todo el personal de salud en las destrezas necesarias para aplicar esta política.** Todo el personal sanitario en contacto con las mujeres y lactantes debe tener el conocimiento y las habilidades necesarias para poner en práctica la política establecida.
3. **Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia**, debe ofrecerse a todas las embarazadas independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar a su hijo, incluyendo a la pareja en todo tipo de información y educación maternal (18).
4. **Ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto** (18). Las madres y sus hijo/as no han de separarse después del parto, salvo que exista un motivo justificado. Debe facilitarse el contacto piel con piel inmediatamente después del parto para fomentar el vínculo madre-hijo/a. Deben permanecer juntos todo el tiempo que deseen y la toma de pecho debe iniciarse tan pronto como el recién nacido esté listo.
5. **Mostrar a las madres como amamantar y cómo mantener la lactancia incluso si deben separarse de sus hijos**; como habilidad aprendida debe ser correctamente enseñada. También se enseñará a extraerse la leche de forma que se mantenga la lactancia y sirva para alimentar a su hijo, en caso que no puedan permanecer juntos (18).
6. **No dar a los Recién Nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, salvo que esté médicamente indicado.** En las unidades de tocología suele ser habitual dar suplementos de leche artificial, suero

glucosado o agua antes de la primera toma. Se da leche artificial cuando el lactante está intranquilo o somnoliento, le cuesta agarrarse al pecho o parece hambriento después de mamar, o cuando la madre se encuentra mal o quiere descansar (18).

Esta práctica comporta diversos riesgos: La madre puede tener la impresión de que no tiene suficiente leche o de que su leche no es adecuada para alimentar a su hijo, puede favorecer la ingurgitación mamaria y hacer más difícil la colocación correcta, si se administra con biberón, puede interferir con el mecanismo de succión, reduce la frecuencia de las tomas, con lo que disminuye la producción de leche, la administración precoz de la leche de vaca puede desencadenar en niños genéticamente predispuestos el desarrollo de alergia como asma y eczema (18).

7. **Alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día** (18). Ayuda a las madres a conocer antes a su hijo y a reconocer su llanto, lo que les permite responder siempre a la señal del bebé indicando que desea ser amamantado lo que facilita, además, la lactancia a demanda. Su presencia no altera el sueño materno y además mejora el sueño del lactante.
8. **Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite**. No deben tener ninguna restricción en cuanto a la frecuencia y al número de tomas, se debe recomendar que amamenten cada vez que tengan hambre o cuando el bebé quiera (18).
9. **No dar tetinas o chupetes a los lactantes alimentados al pecho**. Las tetinas alteran las pautas de respiración y succión, se producen cambios en la cavidad oral (caries del biberón, mala oclusión dentaria) y se observa mayor incidencia de otitis media aguda y recurrente y candidiasis oral. Con la lactancia ya establecida, la introducción de una tetina o chupete tiene menos inconvenientes que cuando se utiliza durante las primeras semanas (18).
10. **Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres tengan acceso a ellos a su salida del hospital o clínica**(1). Los grupos de apoyo a la lactancia materna suponen un enorme beneficio para las madres lactantes y a veces son más capaces que los servicios

de salud para ofrecer la ayuda personal y frecuente que las madres necesitan para aumentar su confianza y superar las dificultades (18).

1.5.1.3 Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna

En Florencia, la “*Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna*” fue desarrollada y adoptada por los participantes de la reunión de la OMS/UNICEF “Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative, junto con la United States Agency for International Development y el Swedish International Development Authority (Italia el 30 Julio - 1 Agosto de 1990) (51)”. En ella, se hace un llamamiento a los gobiernos de todo el mundo para buscar su apoyo en pro de la lactancia materna (1).

1.5.1.4 Iniciativa hospital amigo de los niños

Surge entonces el establecimiento por parte de estas organizaciones de la “**Iniciativa Hospital Amigo de los Niños**” (IHAN), para animar a los hospitales, servicios de salud y salas de maternidad a adoptar esas 10 prácticas comentadas que protejan, promuevan y apoyen la LME desde el nacimiento (50, 51).

En España, el *Comité Nacional de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños*, se creó en 1995. En el mes de septiembre de 2009 este organismo pasa a denominarse “**Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia**”, pero sigue conociéndose como IHAN (1, 49).

Los Criterios Globales de la IHAN constituyen un estándar para medir el cumplimiento de cada uno de los *Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural* y el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* (49). En España, se exige además el cumplimiento de la “**Atención amigable a la madre**” centrada en la prevención y el bienestar como las alternativas al alto costo, el diagnóstico y los programas de tratamiento (49).

1.5.1.5 Metas globales 2025 de la organización mundial de la Salud

En 2012, a través de su documento “*Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*”(52), a OMS lanza su ambicioso y nuevo reto que aspira a que en 2025, haya un aumento de la prevalencia de LME en los primeros 6 meses de vida de al menos un 50%.

Este objetivo implica que el promedio logrado entre 2006-2010 del 38% debería aumentar al menos un 13% en 15 años (26), lo que implicaría un aumento del 2,3% por año y daría lugar a unos 10 millones de niños más con LME hasta los 6 meses de edad (26).

Las 5 principales acciones que la OMS propone en sus metas globales para 2025 para la promoción de la lactancia materna son las siguientes (6):

- Proporcionar capacidad suficiente para revitalizar, ampliar e institucionalizar la opción Iniciativa hospital amigo de los niños en los sistemas de salud (49).
- Proporcionar estrategias comunitarias que apoyen la LME, incluido la implementación de campañas de comunicación adaptados al contexto local.
- Limitar significativamente la agresiva e inapropiada comercialización de sucedáneos de la leche materna a través del fortalecimiento de la vigilancia, el cumplimiento y la legislación relacionada en el código internacional de comercialización de la leche materna sustitutos (47) y demás resoluciones posteriores de la Asamblea de salud de la OMS.
- Empoderar a las mujeres a amamantar exclusivamente, promulgando la baja por maternidad obligatoria de 6 meses, así como las políticas que alientan a las mujeres a amamantar en el lugar de trabajo y en público.
- Invertir en la formación, protección, promoción y apoyo de la lactancia materna exclusiva.

1.5.1.6 Plan de parto y nacimiento

El Ministerio de sanidad, política social e igualdad elaboró en 2011, dentro de su estrategia nacional de salud sexual y reproductiva, un documento sobre **Plan de Parto y nacimiento** (53). Surge para que “la mujer pueda expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y el nacimiento”(54), y “aunque no sustituya a la información que proporción el equipo profesional que atiende durante el embarazo” (53) y todo el proceso de parto, contribuye a que cada mujer gestante y familia, pueda decidir y anticiparse a diferentes decisiones importantes a adoptar durante todo este proceso, como el tipo de analgesia, posiciones, intervenciones, tratamientos o cuidados (53).

Uno de los puntos que incluye el plan de parto y nacimiento es la lactancia materna. Incluye información sobre el inicio precoz de la lactancia, inmediatamente tras el parto y el seguimiento posterior de la misma. En el plan de parto la mujer puede expresar su deseo del tipo de lactancia que quiere iniciar tras el parto.

El Servicio Galego de Saúde cuenta desde el mes de abril de 2013, con un documento adaptado, **Plan de parto e Nacemento**, elaborado por un grupo de 18 profesionales de reconocido prestigio en Galicia y con amplia experiencia en atención a la maternidad (54).

Este plan aporta información y consenso basado en evidencia científica desde una perspectiva multidisciplinar. Tanto el plan de parto presentado por el Ministerio de sanidad, como la adaptación gallega del documento, se orientan a “las mujeres que acuden a control de embarazo en su centro de salud o consulta especializada entre las 28 y 32 semanas de embarazo” (53, 54). Las gestantes son captadas en su centro de salud o consulta especializada donde se les informa de la existencia de este tipo de planificación. A su llegada al hospital previo al parto y hasta el alta hospitalaria, se continúa el plan para conocer sus preferencias y, si es posible, respetarlas durante todo el puerperio.

Este documento sirve de registro para su historia clínica y ayuda para que los profesionales involucrados conozcan las preferencias de cada madre.

En la estructura organizativa de la xerencia integrada de Ferrol (EOXI Ferrol), el mes de noviembre de 2013, se inició la implantación del plan de parto en los centros del área.

1.6 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

1.6.1 Importancia de Enfermería en el fomento de la lactancia materna

Los profesionales de Enfermería tienen ante sí uno de los retos más importantes de en la salud de sus pacientes, como es el inicio de su alimentación (55). Como profesión que proporciona cuidados desde antes del inicio de la vida, Enfermería es un pilar fundamental de los cuidados de las mujeres y sus familias y, sobre todo, en este momento tan importante en la vida de sus bebés.

Las primeras horas tras el parto son cruciales para la aparición del vínculo madre/padre-hijo/a y para la instauración de la LM (39). La LM es un acto natural y un comportamiento aprendido, por lo que debemos ofrecer un apoyo profesional proporcionando información correcta y práctica en el momento adecuado, acompañada por el apoyo emocional necesario para satisfacer todas sus necesidades (2, 35, 56).

Este apoyo comienza con la difusión de los beneficios de la LME antes del parto, mediante la educación maternal prenatal, durante el parto y continúa en el momento del puerperio inmediato con el contacto piel con piel para iniciar en los primeros minutos el amamantamiento. Se proseguirá durante el resto del puerperio, y siempre asegurando que la técnica, la succión y el número de tomas sean correctos (35).

Todos estos momentos son claves para el desarrollo de una lactancia eficaz posterior en sus domicilios (35), al alta, donde los cuidados deben seguir (a nivel de la atención primaria o domiciliaria) (35).

1.6.1.1 Papel de Enfermería y lactancia materna en la educación maternal

El control y seguimiento del embarazo, según los principios de la OMS en su "*Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño*" de 2002 (3), debe ser multidisciplinario. Es necesaria la participación de profesionales como matronas, pediatras, obstetras, enfermeras, médicos de familia y trabajadores sociales para un adecuado control de control y, sobre todo, fomento de la lactancia materna (1).

Tal como indica la guía de parto normal publicada por el ministerio de sanidad (57) se muestra, con un grado de recomendación A, según la Canadian Task Force (58) que "la atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores

beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control y una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna (57)”.

La educación maternal antes del parto aumenta las cifras de inicio de la LM en un 5-10% (43), ya sea proporcionando apoyo e información persona a persona o por teléfono (44). Se inicia antes de una posible gestación, promoviendo la LM en aquellas consultas o revisiones a las que las mujeres acuden, tanto en atención primaria como especializada (1). Principalmente, este papel lo desarrollan las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), a quienes se derivan las mujeres para su control prenatal (1).

Entre los contenidos a abordar durante las clases de educación maternal, se informará a la embarazada y su familia de (1): hábitos saludables en la mujer embarazada y puérpera, cambios físicos y psíquicos durante el embarazo y puerperio, proceso de parto y recursos del área (incluyendo diferentes tratamiento del dolor), recursos para aliviar molestias en el embarazo, parto, puerperio y lactancia, recomendaciones y beneficios de LM (43), riesgos de la alimentación infantil con leche artificial, medidas para iniciar la lactancia, técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento, información sobre grupos de apoyo y consultores en LM, técnicas correctas de amamantamiento (43), evaluación de las mamas (43), detección de factores de riesgo para la lactancia (43) y reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia (43).

También se debe prestar especial atención en aquellas mujeres que han optado por lactancia artificial; su decisión puede estar basada en conceptos erróneos o malas experiencias previas personales o familiares. En todo momento, se deberá mostrar una actitud de respeto y cordialidad y además se informará sobre también de técnicas para superar la presión social hacia el no amamantamiento.

1.6.1.2 Papel de Enfermería y lactancia materna durante la estancia hospitalaria

La promoción de la lactancia que se inicia en la educación prenatal debe tener continuidad durante toda la asistencia hospitalaria, desde el parto y durante todo el puerperio, favoreciendo dicha continuidad tras el alta hospitalaria (1); en todo momento, se deben cumplir los estándares de calidad y buenas prácticas establecidos por el

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (53, 59), las conserjerías de salud (como la Xunta de Galicia, en este caso) y la propia IHAN (49). Además, se recomienda que implementen programas estructurados de apoyo al inicio y la duración de la lactancia materna como parte de la rutina de atención a la maternidad (60) (grado de recomendación B).

1.6.1.2.1 Puerperio inmediato y lactancia materna en el puerperio inmediato

El inicio de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (grado de recomendación A)(59).

En las dos primeras horas después del nacimiento los recién nacidos están en momento de alerta tranquila o *periodo sensitivo*, provocado por la descarga de noradrenalina producida durante el parto, que además facilita el reconocimiento temprano del olor materno, muy importante para establecer el vínculo y la adaptación al ambiente. Deben permanecer en íntimo contacto piel con piel con su madre preferiblemente durante las dos primeras horas después del parto, para que tengan oportunidad de agarrarse al pecho y realizar de forma espontánea una primera toma (43), lo que favorece que el bebé llore menos, se mantenga más calmado y adquieran un comportamiento más organizado de manera más precoz (39, 45)

Mantendrán una posición materna cómoda y correcta para la enseñanza en la técnica de amamantamiento, colocando el abdomen del bebé contra el de la madre procurando intervenir lo menos posible, ayudando con recomendaciones breves y sencillas sobre los signos que deben valorar para identificar que está mamando bien (43).

El primer agarre es importante para la instauración y mantenimiento de la lactancia, por lo que se debe facilitar su intimidad, un ambiente agradable de temperatura, sin ruidos y con poca gente en la habitación. Debe realizar un correcto agarre del pezón y areola mamaria, teniendo en cuenta la posición de los labios y la nariz, para que pueda respirar bien y valorar el signo de succión correcta (si al mamar moviliza la oreja correspondiente).

1.6.1.2.2 Papel de Enfermería y lactancia materna tras el parto quirúrgico en la unidad de reanimación

A pesar de que existen estudios que indican que los recién nacidos sanos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre (39) (grado de recomendación A).

En caso de parto quirúrgico, y siempre que sea posible, es recomendable realizar el contacto precoz:

- En el quirófano, si a la madre se le ha administrado una anestesia epidural y está despierta, se hará contacto precoz piel con piel nada más nacer.

- Durante la recuperación del parto quirúrgico se debe facilitar que la madre permanezca con su bebé en reanimación. Si no es posible, por la situación de la madre o del servicio, durante este tiempo se ofrecerá al padre la posibilidad de tenerle en la habitación, en contacto piel con piel (43). No se le dará ningún alimento mientras permanezcan separados (siempre si la situación lo permite). Cuando la madre llegue a la maternidad permanecerá junto a su hijo o hija en la habitación, salvo que ingreso en unidad especial de cuidados neonatales y se les proporcionará la ayuda necesaria para la puesta al pecho.

1.6.1.2.3 Papel de Enfermería y lactancia materna en el ingreso en unidades especiales neonatales

En caso de ingreso en unidades especiales de cuidados neonatales, los recién nacidos también tienen derecho a recibir cuidados por parte de su familia por lo que se debe facilitar el acceso de los padres a estas unidades.

Produce beneficios en el cuidado de los recién nacidos (39), como pueden ser la disminución del grado de ansiedad de las madres y sus parejas (39, 61, 62), mejorar la satisfacción sobre su experiencia en la unidad (39, 62, 63), mejorar la calidad del vínculo con su bebé (62, 64, 65) o beneficiar la interacción con el niño o la niña (39, 65). Además, se puede facilitar la práctica del método canguro o contacto piel con piel (39). En ningún metaanálisis, revisión ni ensayo clínico se han puesto de manifiesto efectos no deseables de la entrada libre de los padres a las Unidades Neonatales (39).

1.6.1.2.4 Papel de Enfermería y lactancia materna durante el puerperio hospitalario

Se deben continuar las recomendaciones basadas en buenas prácticas respecto a la promoción de la lactancia, iniciadas en las fases previas, informando siempre a las madres y sus familias (1), sobre los beneficios del contacto precoz piel con piel, el alojamiento conjunto así como la continuación de la LM.

Se resolverán las dudas que se planteen en torno a la lactancia y se comprobará la técnica más correcta de colocación del recién nacido para favorecer la succión, los síntomas o señales precoces de hambre por parte del recién nacido, prevención de mastitis o grietas, así como la manera correcta de extraer leche manualmente.

Por otro lado, se deben evitar los suplementos de suero, glucosa o leche artificial, así como la utilización de chupetes, tetinas o biberones. La alimentación debe ser a demanda del bebé, no a unas horas o pautas fijas, al igual que el apoyo por parte de los profesionales de enfermería.

Se debe animar a la madre a que realice un amamantamiento sin restricciones, a demanda, puesto que promueve la lactogénesis, aumenta la duración de la lactancia materna, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa la tasa de ganancia ponderal (43).

1.6.1.3 Lactancia materna tras el alta hospitalaria y mantenimiento de la lactancia posterior

Se recomienda, con un grado de recomendación A, que en caso de alimentación al seno materno exclusivo será atendido en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida (39).

Para ello, se debe favorecer una correcta continuidad de cuidados tras al alta hospitalaria. Para ello, el Servicio galego de saúde (SERGAS) cuenta desde el mes de abril de 2015 con el programa Conecta 72 de continuidad de cuidados de Enfermería, planteado desde la Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria (66).

Mediante este programa, tanto la enfermera de atención primaria pediátrica como su matrona correspondiente, contactarán vía telefónica con las madres en las primeras 72 horas, para facilitar la continuidad asistencial. Se aprovechará para implicarse en todo el proceso de lactancia, conocer el tipo de lactancia que han decidido realizar, evaluar la técnica adecuada y evitar de manera precoz complicaciones. Si el niño no ha llegado

a la edad de término se puede mantener el cuidado canguro en domicilio con el apoyo adecuado (40) (grado de recomendación A)(57).

También se recordarán posibles citas de seguimiento en el centro de salud o domicilio y, si fuera necesario, se derivará a otros profesionales (66).

Si se trata de una mujer que trabaja también fuera de casa, se le preguntará por sus planes de incorporación al trabajo, se informará de posibles causas de abandono para que sepa cómo afrontarlas en caso de que las sufriera y se comprobará que conoce las técnicas de extracción y conservación de leche (43).

1.6.2 Grados de recomendación y niveles de evidencia en lactancia materna

Basándose en la clasificación del grado de recomendación o nivel de evidencia alcanzado según la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (**Tabla 1**), se muestra un resumen de las principales recomendaciones relacionadas con la lactancia materna (58) (**Tabla 2**).

Tabla 1: Distribución de los grados de recomendación según grados de evidencia

Grados de recomendación de evidencia	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorio clasificados como 1 ++ y directamente aplicable a la población objetivo, o un cuerpo de evidencia constituido principalmente por estudios clasificados como 1+, directamente aplicables a la población objetivo, y que demuestren consistencia global de los resultados.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación. Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2++ coherencia global, directamente aplicable a la población objetivo, y la demostración de los resultados, o Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global de los resultados, o Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2++.
D	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso. Evidencia de nivel 3 o 4, o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+.

Tabla 2: Recomendaciones basadas en la evidencia sobre manejo de la lactancia materna.

RECOMENDACIONES	Grado de recomendación
La iniciación de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (59).	A
La atención al embarazo, parto y puerperio por matronas proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida, sin efectos adversos: disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo, las mujeres tienen una sensación mayor de control y una mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna (59).	A
El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna (59).	A
El contacto temprano piel con piel con succión se asocia con una mayor duración de la lactancia (59).	A
El método canguro ha demostrado beneficios tanto en los recién nacidos prematuros como en sus madres y padres. Se recomienda el cuidado canguro durante el ingreso de los recién nacidos en la unidad neonatal (39).	A
Se recomienda realizar los procedimientos dolorosos, si es posible, en método canguro (39).	A
Tras el alta, si el niño no ha llegado a la edad de término se puede mantener el cuidado canguro en domicilio con el apoyo adecuado (39).	A
Se debe favorecer el contacto físico y la interacción de los recién nacidos con sus padres y madres ya que se han demostrado beneficios para ambos, adultos y niños/as (39).	A
Salvo que esté médicamente indicado, los recién nacidos enfermos no deberían recibir más que leche materna (39).	A
El niño debería estar en contacto piel con piel con sus padres el máximo tiempo posible (39).	A
Es deseable que, inmediatamente tras el parto, los recién nacidos sanos con aspecto vigoroso se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel (39, 41)	A
El tiempo de contacto piel con piel de la madre con el recién nacido debería ser de al menos 50 minutos sin ninguna interrupción. Quizás sea deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos (39)	B
Los recién nacidos sanos niños no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre (39)	A
Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto piel con piel, poner al niño sobre el pecho desnudo del padre le ayudará en la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto (39)	A
Es aconsejable que un profesional experto supervise todo el proceso (39)	C
En los recién nacidos a término, siempre que sea posible, se realizarán los procedimientos dolorosos durante el amamantamiento (39)	A
Las maternidades deberán disponer de cunas tipo sidecar, y ofrecer a las madres la posibilidad de este tipo de colecho con su hijo, para facilitar la instauración de la lactancia materna (39)	A
En caso de alimentación al seno materno exclusivo será atendido en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida (39).	A
En los centros hospitalarios de atención a la maternidad se deben implementar programas estructurados de apoyo al inicio y la duración de la lactancia materna como parte de la rutina de atención a la maternidad (60)	B

2. Justificación del estudio

- En Galicia no se dispone de ningún registro oficial para el seguimiento de la lactancia materna.
- En el Área sanitaria de Ferrol, gestionada por la Estructura Organizativa de la Xerencia de Ferrol, no se disponen de datos oficiales de prevalencia de lactancia materna.
- Muchos estudios sobre prevalencia de lactancia materna están realizados sólo con técnicas de análisis uni o bivariado para determinar las variables asociadas a dicha prevalencia.

3. Hipótesis del estudio

Se presentan las hipótesis del estudio respecto a la prevalencia de lactancia materna y en relación a las variables asociadas a la misma.

En relación a la prevalencia

Hipótesis nula (Ho): La prevalencia de lactancia materna no se modifica a lo largo de los 12 primeros meses de vida de los lactantes.

Hipótesis alternativa (Ha): La prevalencia de lactancia materna se modifica a lo largo de los 12 primeros meses de vida de los lactantes

En relación a variables asociadas

Ho: No existen variables asociadas a la decisión de lactancia materna en diferentes momentos en el seguimiento.

Ha: Sí existen variables asociadas a la decisión de lactancia materna en diferentes momentos en el seguimiento

4. Objetivos del estudio

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Determinar la prevalencia de lactancia materna lactancia materna al alta hospitalaria, a los 4, 6 y 12 meses.
- Determinar las variables asociadas a la presencia de lactancia materna.
- Determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir dicha prevalencia.

5. Material y métodos

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Ámbito de estudio

Se lleva a cabo en EOXI de Ferrol, perteneciente a la red del SERGAS. Se sitúa dentro del área sanitaria de Ferrol (**Figura 1**).

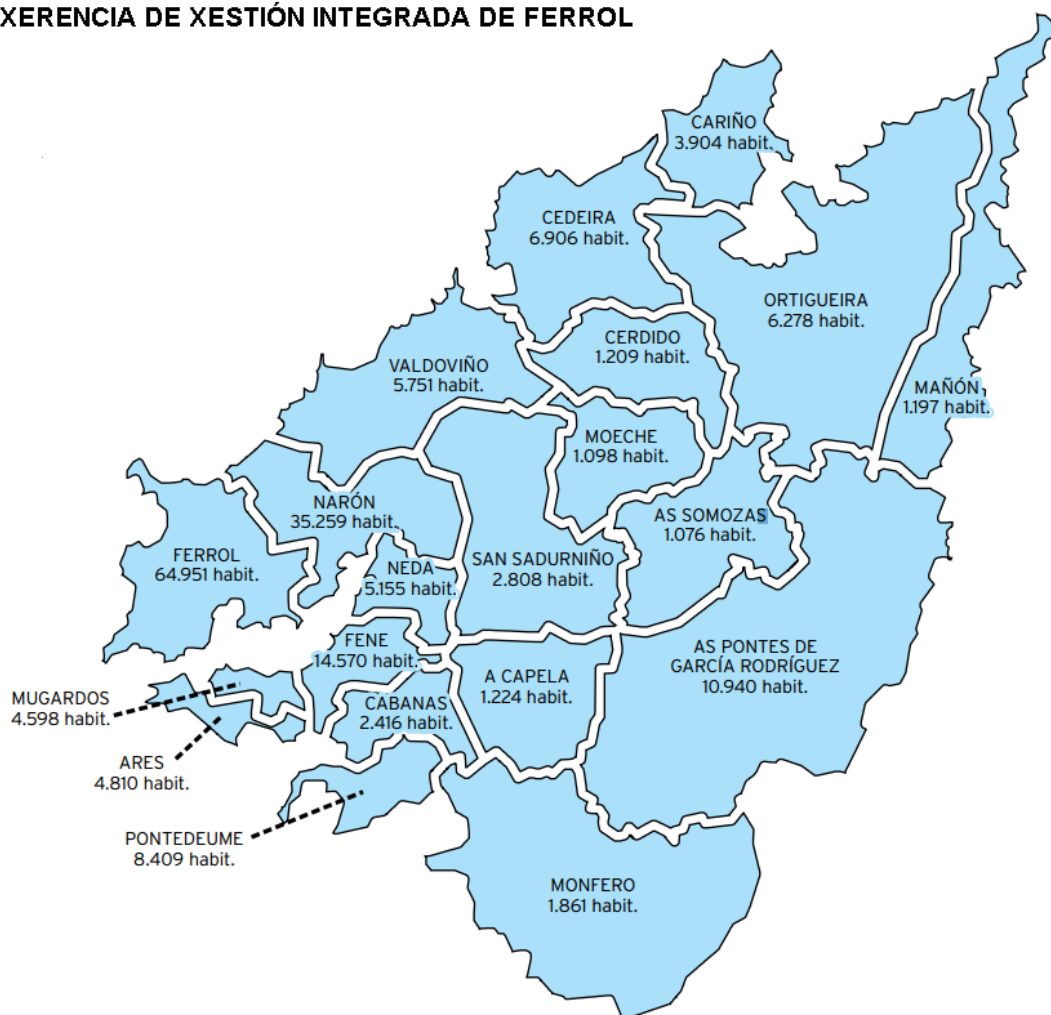
Figura 1: Mapa de las Áreas sanitarias que conforman el SERGAS (tomada de la memoria del área sanitaria de Ferrol 2013)(67).



Situada en Galicia, en el noroeste peninsular, al norte de la provincia de A Coruña, la EOXI Ferrol abarca toda la zona de Ferrolterra, formada por las comarcas de Ferrol, Eume y Ortegal (**Figura 2**).

Figura 2: Relación de ayuntamientos situados en el Área sanitaria de Ferrol (67)

XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL



Área Sanitaria de Ferrol

Según la memoria interna del Área Sanitaria de Ferrol (ASF) de 2013 (última publicada), la población de mujeres, entre 15-49 años, pertenecientes a nuestra área era de 45754 mujeres (67). En la **Tabla 3**, se puede observar los datos relacionados con la natalidad y maternidad en la EOXI Ferrol, dividida en las 3 comarcas principales (según datos del Instituto Galego de Estatística 2013 y 2014): Ferrol, Eume y Ortegá.

Tabla 3: Datos demográficos del área sanitaria de Ferrol, según, tasa bruta de natalidad, edad media a la maternidad, número medio de hijos y número de nacimientos, respecto a las comarcas de Ferrol, Eume y Ortegal.

Comarca	Tasa bruta de Natalidad (0/00)	Edad media a la maternidad (años)	Nº hijos/mujer	Nº nacimientos
	2013	2013	2013	2014
Ferrol	6,6	31,4	1	1039
Eume	5,4	32,4	0,8	169
Ortegal	3,8	31,3	0,8	46

La EOXI Ferrol está formada por los siguientes centros hospitalarios y centros de salud:

A: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF):

- a) Hospital Arquitecto Marcide
- b) Hospital Básico de la Defensa
- c) Hospital Novoa Santos

B: Centros de Salud (CS) y consultorios (**Tabla 4**):

Tabla 4: Listado de Centros de salud y consultorios del Área sanitaria de Ferrol.

Centros de salud y consultorios del Área sanitaria de Ferrol		
CS Caranza	CS Fontenla Maristany	Consultorio Manuel Comellas
CS Serantes	CS Fene	CS Mugar dos
CS Ares	CS A Capela	CS Narón
Consultorio O Seixo	Consultorio O Val	Consultorio Pedroso
CS Neda	CS Pontedeume	CS Valdoviño
CS Cabanas	CS Monfero	CS As Pontes
CS Ortigueira	CS O Barqueiro/Mañón	Consultorio Casa del Mar de Espasante
Consultorio de Mera	CS Cariño	CS Cedeira
CS San Sadurniño	CS Moeche	C.S Somozas
CS Cerdido	Consultorio A Graña	Consultorio de Grañas do Sor
Consultorio Campo de Mañón	Consultorio A Graña- Xestoxo	Consultorio de Maniños
Consultorio Vite-Queixeiro(Monfero)	Consultorio Xiao-Val do Xestoxo	

5.2 Período de estudio

El período de estudio comprende entre Junio de 2013 y septiembre de 2015.

5.3 Tipo de estudio

Se lleva a cabo un estudio observacional, de seguimiento prospectivo.

5.4 Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se realiza una búsqueda exhaustiva de artículos limitada a los últimos cinco años, relacionados con la temática de estudio.

Se consultan las bases de datos más relevantes de Ciencias de la Salud y Sociales: Medline, PubMed, Cochrane Library, Web of Science del sistema español de ciencia y tecnología (WOS), Joanna Briggs Institute – Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics (JBI COnNECT+), Scielo, CUIDEN, Dialnet, Biblioteca Complutense de Enfermería, Fisioterapia y Podología (ENFISPO), Embase y Proquest, así como en los metabuscadores Mergullador, Bibliosaúde y Pórtico (perteneciente a la Universidade da Coruña).

Se han utilizado las siguientes Medical Subject Headings (MeSH):

“Breastfeeding” [MeSH Terms]

“Exclusive Breastfeeding” [MeSH Terms]

Se han utilizado los Descriptores de salud (DeCS):

“Lactancia” (DeCS)

“Lactancia materna” (DeCS)

“Lactancia materna prolongada” (DeCS)

Una vez seleccionados los artículos de mayor calidad, se revisaron sus referencias bibliográficas, para identificar posibles artículos importantes sobre el tema de búsqueda (algunos publicados anteriormente a los últimos cinco años).

5.5 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión que debían cumplir las participantes son los siguientes:

- Aquellas mujeres hospitalizadas en la Unidad de Tocología del CHUF, por un proceso de parto.
- Aquellas mujeres con mayoría de edad cumplida (18 años).
- Aquellas mujeres que voluntariamente aceptaron participar en el estudio tras ser debidamente informadas.
- Aquellas mujeres que han firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

5.6 Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión seleccionados fueron los siguientes:

- Aquellas mujeres cuyo recién nacido haya fallecido, bien intraútero o en el periodo neonatal.
- Aquellas mujeres con dificultades idiomáticas, en las que no esté garantizada la plena comprensión de la hoja de recogida de datos utilizada como instrumento.
- Mujeres cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario.

5.7 Mediciones

Las variables utilizadas en el estudio son las siguientes:

Variables sociodemográficas de la madre

- Edad (años)
- Nacionalidad
- País de origen
- Nivel de estudios
- Situación laboral
- Municipio de residencia
- Centro de salud

Variables socioculturales de la pareja y número de personas en el núcleo familiar

- Situación laboral

- Nivel de estudios
- Núcleo familiar (nº cohabitantes)

Comorbilidad de la madre

- Consumo de tabaco
- Antecedentes médicos (Hipertensión, Síndrome ansioso-depresivo, Rinitis alérgica, Diabetes mellitus, Hipotiroidismo).
- Antecedentes quirúrgicos (apendicetomía, adenoidectomía/amigdalectomía, legrado, cesárea).

Antecedentes obstétricos

- Partos anteriores
- Número de gestaciones
- Número de partos
- Número de hijos
- Tipo de Lactancia en partos previos

Opiniones previas sobre lactancia más adecuada

- Opinión previa de la madre
- Opinión previa de la pareja
- Opinión previa de otras madres que conocen

Características de la educación maternal

- Control de embarazo en su centro de salud habitual
- Oferta de educación maternal en su centro de salud
- Asistencia a educación maternal
- Información sobre lactancia materna
- Información sobre contacto precoz piel con piel
- Información sobre alojamiento conjunto
- Publicidad de leche artificial
- Enseñanza sobre cómo preparar una toma de leche artificial
- Petición individual sobre preparación de toma de leche artificial

Características del parto

- Gemelaridad (parto gemelar)
- Tipo de parto (eutócico, instrumental, quirúrgico)

Características del recién nacido

- Género (masculino, femenino)
- Peso (gramos)
- Talla (centímetros)

Características de la lactancia y contacto piel con piel en la primera hora de vida del recién nacido

- Información proporcionada sobre lactancia durante el proceso de parto
- Oferta y ayuda con lactancia durante el parto
- Tipo de lactancia en la primera toma
- Contacto precoz piel con piel en los primeros 5 minutos tras el parto
- Conocer la causa del no contacto precoz piel con piel
- Duración del primer contacto piel con piel

Características del Puerperio Inmediato

- Ayuda con lactancia materna en las 6 primeras horas
- Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar
- Información sobre correcto agarre y posición
- Descripción del correcto agarre y posición
- Información sobre extracción leche manual
- Información sobre conservación y almacenaje de leche
- Información sobre importancia de vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto
- Permanecisteis juntos tras el parto

Características del puerperio hospitalario

- Necesidad de suplementos
- Explicación sobre necesidad de suplementos
- Tipo de suplemento administrado
- Manera de administrar suplemento
- Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas
- Utilización de chupetes, tetinas, biberones
- Publicidad de leche artificial
- Enseñanza sobre signos de hambre
- Enseñanza individual de preparación de leche artificial
- Ánimo para alimentar al bebé

- Información sobre resolución problemas y personal de apoyo
- Apoyo en la Lactancia Puerperio

Características del puerperio en unidades especiales

- Necesidad de ingreso en unidades especiales
- Motivo de ingreso
- Motivación para el contacto piel con piel
- Apoyo para el inicio de la lactancia materna
- Acceso de los padres sin restricciones
- Información sobre extracción manual de leche

Características de la lactancia al alta hospitalaria

- Tipo de lactancia al alta hospitalaria

Características de la lactancia a los 4 meses

- Tipo de lactancia a los 4 meses
- Edad del lactante en el cambio de lactancia
- Motivos para el cambio de lactancia

Características de la lactancia a los 6 meses

- Tipo de lactancia a los 6 meses
- Edad del lactante en el cambio de lactancia
- Motivos para el cambio de lactancia

Características de la lactancia a los 12 meses

- Tipo de lactancia a los 12 meses
- Edad del lactante en el cambio de lactancia
- Motivos para el cambio de lactancia

5.8 Justificación del tamaño de la muestra

En el CHUF, la media de partos en los últimos 8 años es de 1241 partos/año, según datos de la memoria interna de la unidad de Obstetricia. A continuación, se pueden observar el número de partos y los porcentajes de intención de lactancia entre los años 2005 y 2012 (**Tabla 5**):

Tabla 5. Distribución del número de partos atendidos en el CHUF entre los años 2005-2012.

Año	Número de Partos
2012	1167
2011	1209
2010	1234
2009	1247
2008	1349
2007	1247
2006	1229
2005	1247

Según los datos obtenidos a partir de la memoria de la XXIF del año 2012, se recoge el número total de partos realizados en el CHUF durante ese año. Durante 2012, fueron atendidos un total de 1167 partos, produciéndose 1198 nacimientos.

Teniendo en cuenta que la población a estudiar es finita, obtendremos el cálculo a partir de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- N= Total de la población
- $Z\alpha^2 = 1,96^2$ (seguridad 95%)
- p= Proporción esperada (en este caso 50%=0,5)
- q=1-p (en este caso 1-0,5=0,5)
- d= Precisión (en este caso un 3%)

Es preciso estimar las posibles pérdidas de pacientes por diversas razones (pérdida de información, abandono, no respuesta...), por lo que se debe incrementar el tamaño de la muestra respecto a dichas pérdidas. De esta forma, esperando un 15% posible de pérdidas, la fórmula a utilizar sería la siguiente:

$$n (1/1-R)$$

Dónde:

n= Número de sujetos sin pérdidas.

R= Proporción esperada de pérdidas.

Por tanto, a partir de estos datos, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 4,4%, una proporción esperada del 50% y ajustando por un 15% de pérdidas, el tamaño muestra del estudio necesario sería de **413 puérperas**.

Este estudio tiene un tamaño de muestra de 420 personas.

5.9 Análisis estadístico

Se realiza un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio.

Las variables cuantitativas se muestran como Media \pm desviación típica (Media \pm DT). Las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su estimación del 95% índice de confianza (IC). La comparación de medias se realizó por medio de la t de Student o test de Mann Whittney, según procediese. La asociación de variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chi-cuadrado.

Para el análisis de este estudio, primero se procedió a un análisis univariado de las diferentes variables sociodemográficas de la madre, la pareja, la comorbilidad, el parto, el recién nacido y la asistencia a educación maternal que estuviesen asociadas a la prevalencia de lactancia materna, para posteriormente con las variables que han sido significativas o clínicamente relevantes, hacer un análisis multivariado de regresión en los diferentes momentos en el seguimiento.

Para determinar la validez y seguridad de diferentes antecedentes con la presencia de lactancia materna, se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y coeficientes de probabilidad.

El análisis se realizó con el paquete estadístico “Statistical Product and Service Solutions” (SPSS) en su versión 20.0.

La validez de los antecedentes para predecir la lactancia materna, se obtuvo del software disponible para medición “Estudio de la capacidad predictiva de una prueba diagnóstica”. Esta herramienta está disponible libremente en la web de <http://www.fisterra.com> (68).

5.10 Aspectos ético-legales

a. Se obtiene consentimiento informado previamente a la realización del estudio, en castellano (**Anexo 1**) y gallego (**Anexo 2**). En cualquier momento el consentimiento podrá ser revocado.

Se confecciona una hoja de información a las participantes sobre la temática a investigar, el fin del estudio, el tratamiento legal de datos y sus derechos, las cuáles se entregará a cada participante (**Anexo 3**). Estos documentos se entregarán a cada participante junto a la primera hoja de recogida de datos.

Todas las participantes implicadas en el estudio tendrán en el tratamiento de datos una garantía de estricta confidencialidad y anonimato. Se otorga un número de identificación a cada mujer, mediante un código formado por un número de relación seguido del nombre de la participante (único dato identificativo de cara a las siguientes llamadas que se emplearán en la recogida de datos).

b. Se solicita permiso para la realización del presente estudio al Comité Autonómico de Ética de la Investigación Clínica de Galicia (CAEIG) en el mes de julio de 2013.

Se obtiene permiso por parte del CAEIG en el mes de octubre de 2013 (**Anexo 4**). Posteriormente, una vez obtenido permiso por parte del CAEIG, se solicitan los permisos éticos y administrativos necesarios para poner en marcha la investigación a la Dirección de Procesos de Soporte de la EOXI Ferrol, obteniendo dicho permiso en el mes de octubre de 2013 (**Anexo 5**).

c. La autora del presente estudio de investigación, declara que no existe ningún potencial conflicto de interés relacionado con el tema a estudio.

d. El estudio se realiza respetando las normas de buena práctica clínica de la Declaración de Helsinki, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio Oviedo 04/04/1997),

e. Se garantiza la confidencialidad de la información según la Ley Orgánica 5/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. El acceso a datos identificativos de las mujeres participantes se restringe a las autoras del estudio.

5.11 Cronograma y plan de trabajo

El presente estudio consta de 8 fases, que se desarrolla en el tiempo conforme al siguiente Diagrama de Gantt (**Tabla 6**):

Tabla 6: Diagrama De Gantt según el cronograma del estudio de investigación

FASES	JUNIO 2013	JULIO 2013	OCTUBRE 2013	OCTUBRE 2013 – JUNIO 2015	JUNIO 2015	SEPTIEMBRE 2015
Revisión bibliográfica						
Diseño del estudio						
Solicitud de permisos						
Obtención de permisos						
Recogida de datos						
Análisis de datos						
Discusión						
Presentación						

Recogida estructurada de la información:

Para la recogida de datos durante el seguimiento, se realizan 4 cuadernos con las mediciones anteriormente descritas.

-Cuaderno 1: Se cumplimenta previo al alta hospitalaria. El cuaderno de recogida de datos principal está formado por 7 bloques diferenciados (**Anexo 6**).

- Bloque A: Datos sociodemográficos: Edad (en años), nacionalidad, municipio de residencia, centro de salud, nivel de estudios, actividad laboral, número de gestaciones, nº de partos previos, número de hijos, tipo de lactancia en los partos anteriores, fecha de parto, presencia de parto gemelar, género del recién nacido, peso del recién nacido (gramos), talla del recién nacido (centímetros), tipo de parto actual, nº de cohabitantes en el núcleo familiar, actividad laboral de la pareja, nivel de estudios de la pareja.
- Bloque B: Educación maternal: Una primera parte sobre 9 preguntas sobre educación maternal, información sobre lactancia, contacto piel con piel, alojamiento conjunto, publicidad de leche artificial, preparación de tomas de leche artificial.

Una 2ª parte con 3 preguntas sobre opinión previa sobre lactancia materna de la madre, pareja y otras madres que conocen.

- Bloque C: Primera hora: Información sobre la lactancia, tipo de Lactancia en la primera hora, contacto precoz piel con piel.
 - Bloque D: Puerperio inmediato: lactancia materna en las 6 primeras horas, agarre y posición en las tomas, extracción y almacenamiento de leche, fortalecimiento de vínculo materno-filial y alojamiento conjunto.
 - Bloque E: Puerperio hospitalario: Necesidad de suplementos, utilización de chupetes, tetinas o biberones, lactancia a demanda, apoyo a la lactancia.
 - Bloque E: Niños/as ingresados en unidades especiales de cuidados, contacto piel con piel, apoyo a la lactancia, acceso sin restricciones.
 - Bloque F: Tipo de lactancia al alta hospitalaria.
- Cuaderno 2 (Anexo 7): Se cumplimenta a los 4 meses de vida del lactante Entre las variables se encuentran tipo de lactancia a los 4 meses, edad del lactante en el momento del cambio en la lactancia, así como una relación de posibles motivos que propiciaron el cambio (motivos sanitarios, económicos, culturales/sociales, psicoafectivos u otros).
- Cuaderno 3 (Anexo 8): Se cumplimenta a los 6 meses de vida del lactante Entre las variables se encuentran tipo de lactancia a los 6 meses, edad del lactante en el momento del cambio en la lactancia, así como una relación de posibles motivos que propiciaron el cambio (motivos sanitarios, económicos, culturales/sociales, psicoafectivos u otros). Además, se pregunta si se ha añadido algún tipo de alimento complementario desde los 4 meses (cereales sin gluten, fruta, carne, verduras, etc.) y desde que meses de edad se ha introducido. Por último, se pregunta quien le recomendó el inicio de esta nueva alimentación complementaria.
- Cuaderno 4 (Anexo 9): Se cumplimenta a los 12 meses de vida del lactante. Entre las variables se encuentran si continúan con lactancia materna a los 12 meses. Se añade una pregunta abierta sobre posibles cambios en la lactancia, así como una relación de posibles motivos de tipo sanitario, económicos, culturales/sociales, psico/afectivos u otros.

Previa obtención de consentimiento informado y tras entregar la hoja informativa a cada participante del estudio a realizar, se entrega a cada madre, el cuaderno de recogida de datos 1, en la planta de Tocología del CHUF, el día anterior al alta hospitalaria. Posteriormente, se contacta con las mujeres que continúan con algún tipo de lactancia materna (LME, LM, LP) consecuentemente a los 4, 6, 12 meses, para obtener los datos pertinentes a los cuadernos 2-4.

6. Resultados

Se han recogido datos desde el 15 de octubre de 2013 hasta 30 de Mayo de 2014.

En la EOXI Ferrol, concretamente en el CHUF, se produjeron 632 partos en este período de tiempo.

Se han repartido 583 hojas de recogida de datos (92,2%), de las cuales han aceptado finalmente participar 420 madres; lo que implica una **tasa de participación** del **72,0%**.

Entre los cuestionarios perdidos, en 6 de ellos el motivo fue el rechazo de la puérpera a participar en el estudio, en 32 de ellos por no localizar a la puérpera durante su estancia hospitalaria, en 8 de ellos por problemas idiomáticos para comprender el español y en 3 de ellos por ser menores de edad.

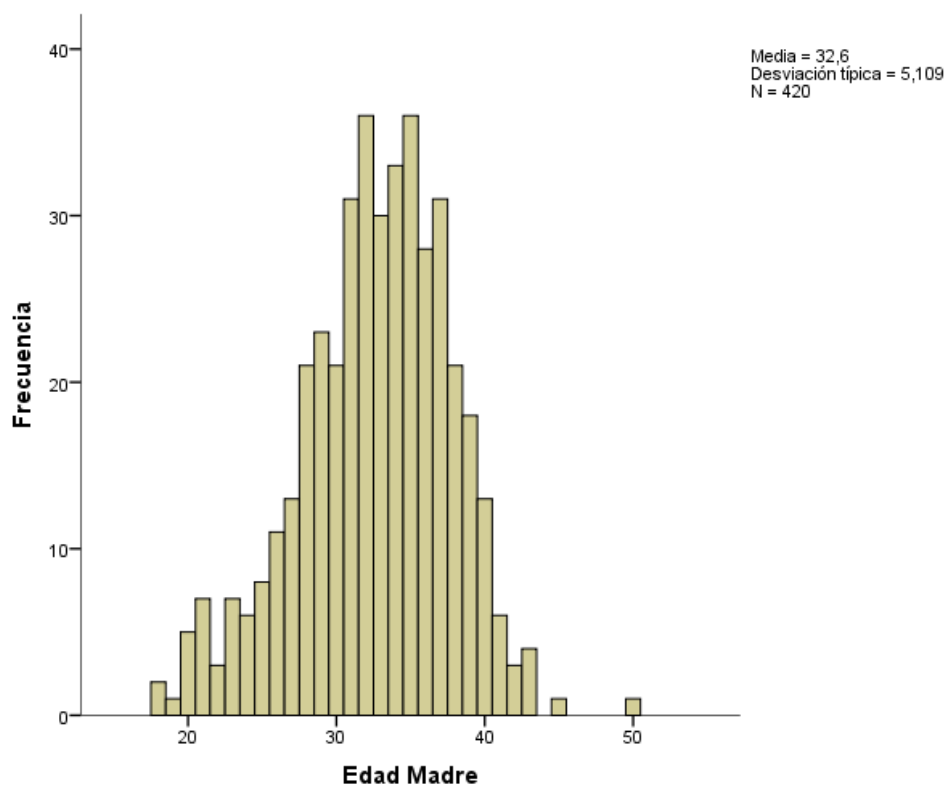
6.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

6.1.1 Características generales de la madre

Las características de la madre según la edad, nacionalidad, país de procedencia y nivel de estudios se muestran en la **Tabla 7**.

La mediana de la *edad* de la muestra estudiada es de 33 años, con un rango que oscila entre 18 y 50 años (**Figura 3**). El quinquenio de edad más prevalente corresponde al de 31-35 años (39,5%), seguido del de 36-40 años (26,4%).

Figura 3. Características de la madre según la edad



La mayoría de las madres (95,1%) son de *nacionalidad* española. Los otros países de procedencia más frecuentes son Colombia, Rumanía o Brasil (**Tabla 7**).

Tabla 7: Características de la madre según edad, nacionalidad, país, nivel de estudios y situación laboral.

Edad (Años)	Media \pm DT	Mediana
	32,6 \pm 5,1	33
	Mínimo - Máximo	18--50
Grupos de edad	n (%)	95% IC
31-35 años	166/420 (39,5)	34,8-44,4
36-40 años	111/420 (26,4)	22,3-30,9
26-30 años	89/420 (21,2)	17,4-25,4
21-25 años	31/420 (7,4)	5,1-10,3
41-46 años	14/420 (3,3)	1,8-5,5
18-20 años	8/420 (1,9)	0,8-3,7
Más de 46 años	1/420 (0,2)	0-1,3
Nacionalidad	n (%)	95% IC
Española	389/409 (95,1)	92,5-96,9
Extranjera	20/409 (4,9)	3-7,3
País	n (%)	95% IC
España	389/409 (95,1)	92,5-96,9
Colombia	3/409 (0,7)	0,2-2,1
Rumanía	3/409 (0,7)	0,2-2,1
Brasil	2/409 (0,5)	0,1-1,7
Perú	2/409 (0,5)	0,1-1,7
Francia	2/409 (0,5)	0,1-1,7
Paraguay	1/409 (0,2)	0,0-1,4
República Checa	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Marruecos	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Suecia	1/409 (0,2)	0,0-1,4
República Dominicana	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Argentina	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Venezuela	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Cuba	1/409 (0,2)	0,0-1,4
Nivel de Estudios	n (%)	95% IC
Universitarios	162/402 (40,3)	35,5-45,3
Formación Profesional	120/402 (29,9)	25,4-34,6
Graduado escolar	37/402 (9,2)	6,6-12,5
Bachiller	36/402 (9)	6,4-12,2
Educación Secundaria	35/402 (8,7)	6,1-11,9
Sin estudios	12/402 (3)	1,6-5,2
Situación Laboral	n (%)	95% IC
Activa	253/396 (63,9)	58,9-68,6
Desempleada	143/396 (36,1)	31,4-41,1

El *nivel de estudios* más frecuente es el de Estudios Universitarios (40,3%), seguido de Formación profesional (29,9%) (**Figura 4**). Existen diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios y la edad de la madre ($p < 0,001$), siendo las madres universitarias las mayores en edad (33,7% \pm 3,9) seguido de las madres con formación profesional (32,9 \pm 4,6) y, las más jóvenes, las madres sin estudios (25,9% \pm 3,7) y las madres con educación secundaria (27,6% \pm 4,8) (**Figura 4, Tabla 7**).

Figura 4: Características del nivel de estudios de la madre

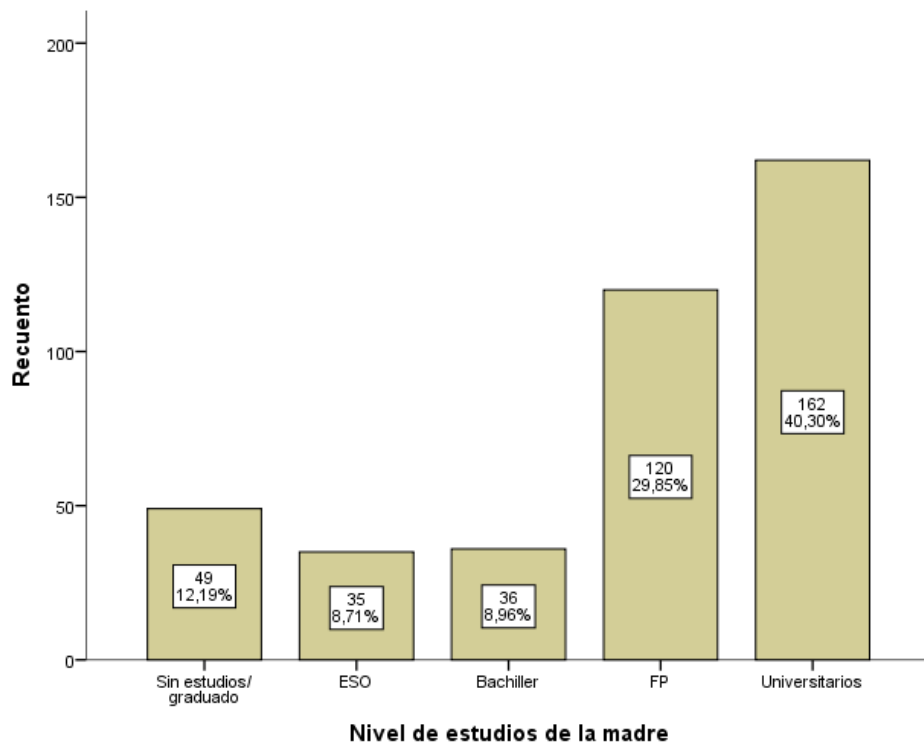
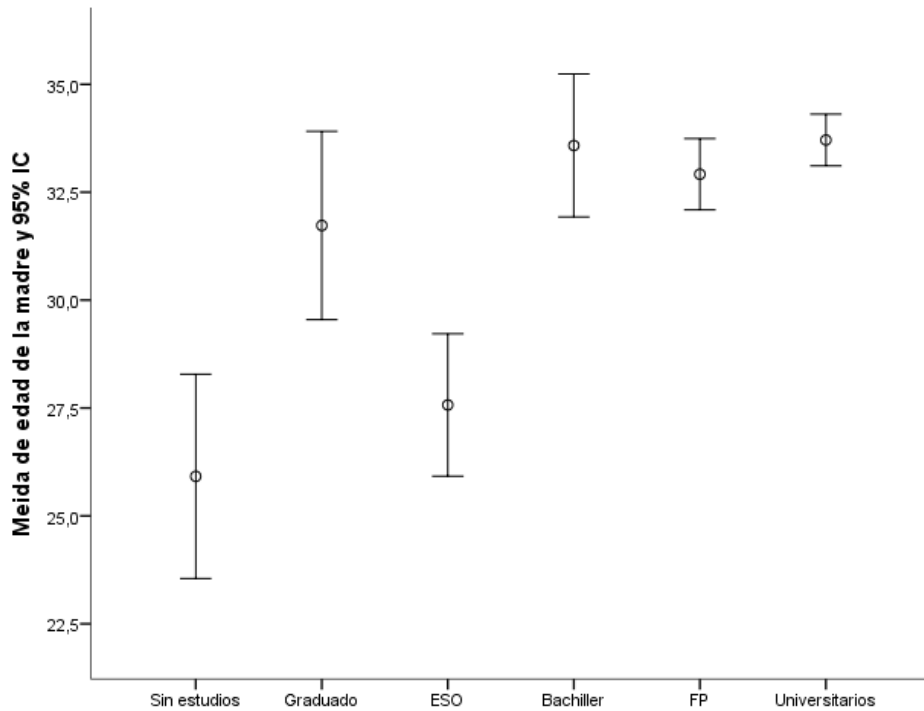


Figura 5. Media de edad de la madre según nivel de estudios



Los *municipios de residencia* y el *centro de salud* del cual proceden las madres estudiadas se muestran en la **Tabla 8**. La mayoría proceden del municipio de Ferrol (35,4%), seguido de Narón (28,3%) siendo, como corresponde, los centros de salud más prevalentes los de Ferrol y Narón. Nueve mujeres proceden de municipios de fuera del ASF.

Tabla 8: Características de la madre según municipio de residencia y centro de salud habitual.

Municipio de residencia	n (%)	95%IC
Ferrol	134/378 (35,4)	30,6-40,5
Narón	107/378 (28,3)	23,8-33,1
As Pontes	23/378 (6,1)	3,9-8,9
Pontedeume	20/378 (5,3)	3,3-8,1
Fene	17/378 (4,5)	2,4-7,1
Cedeira	11/378 (2,9)	1,5-5,1
Neda	9/378 (2,4)	1,1-4,5
Valdoviño	8/378 (2,1)	0,9-4,1
Mugardos	8/378 (2,1)	0,9-4,1
San Saturnino	6/378 (1,6)	0,6-3,4
Ortigueira	6/378 (1,6)	0,6-3,4
A Coruña	5/378 (1,3)	0,4-3,1
Ares	4/378 (1,1)	0,3-2,7
Cariño	4/378 (1,1)	0,3-2,7
Cabañas	3/378 (0,8)	0,2-2,3
A Capela	2/378 (0,5)	0,1-1,9
Moeche	2/378 (0,5)	0,1-1,9
O Barqueiro	2/378 (0,5)	0,1-1,9
Cerdido	2/378 (0,5)	0,1-1,9
Miño	2/378 (0,5)	0,1-1,9
Guitiriz	1/378 (0,3)	0,0-1,5
Asturias	1/378 (0,3)	0,0-1,5
As Somozas	1/378 (0,3)	0,0-1,5
Centro de Salud	n (%)	95%IC
Ferrol	114/360 (31,7)	26,9-36,7
Narón	103/360 (28,6)	23,9-33,6
Pontedeume	25/360 (6,9)	4,5-10,1
As Pontes	23/360 (6,4)	4,1-9,4
Fene	19/360 (5,3)	3,2-8,1
Cedeira	12/360 (3,3)	1,7-5,7
Neda	11/360 (3,1)	1,5-5,4
Consultas Externas Marcide	8/360 (2,2)	0,9-4,3
Mugardos	8/360 (2,2)	0,9-4,3
Valdoviño	7/360 (1,9)	0,8-3,9
Ares	6/360 (1,7)	0,6-3,6
San Saturnino	6/360 (1,7)	0,6-3,6
Ortigueira	6/360 (1,7)	0,6-3,6
Cariño	4/360 (1,1)	0,3-2,8
A Coruña	2/360 (0,6)	0,1-1,9
A Capela	2/360 (0,6)	0,1-1,9
Cerdido	2/360 (0,6)	0,1-1,9
As Somozas	1/360 (0,3)	0,0-1,5
Seguro Privado	1/360 (0,3)	0,0-1,5

6.1.2 Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar

Las características de la *pareja* se muestran en la **Tabla 9**. El 81% refiere estar laboralmente en activo (el 1% a tiempo parcial); casi una tercera parte tiene estudios universitarios (30,8%) y formación profesional (28,8%). El número cohabitantes dentro del núcleo familiar oscila entre 2-7 personas; está formado por 2 personas en el 1,1% de los casos, siendo más frecuente el formado por 3 personas (52,2%).

Tabla 9: Características de la pareja según situación laboral, nivel de estudios y núcleo familiar (número de personas en el núcleo familiar).

Situación Laboral	n (%)	95%IC
Activo	215/265 (81,1)	75,9-85,7
Desempleado	50/265 (18,9)	14,3-24,1
Nivel de Estudios	n (%)	95%IC
Universitarios	77/250 (30,8)	25,1-36,9
Formación Profesional	72/250 (28,8)	23,3-34,8
Graduado Escolar	44/250 (17,6)	13,1-22,9
Bachiller	31/250 (12,4)	8,6-17,1
Educación Secundaria	23/250 (9,2)	5,9-13,5
Sin estudios	3/250 (1,2)	0,2-3,5
Núcleo Familiar Cohabitantes	n (%)	Media±DT
	272/420 (64,76)	3,58±0,77
3	142/272 (52,2)	46,1-58,3
4	100/272 (36,8)	31,0-42,8
5	20/272 (7,4)	4,5-11,1
6	6/272 (2,2)	0,8-4,7
2	3/272 (1,1)	0,2-1,2
7	1/272 (0,4)	0,0-2,0

6.1.3 Características de la comorbilidad de la madre

Los antecedentes de *consumo de tabaco*, *antecedentes médicos* y *quirúrgicos* se muestran en la **Tabla 10**.

La prevalencia del tabaquismo es del 19,4%. Además, un 7,8% eran exfumadoras.

La patología médica más frecuentes es el asma (7,7%), seguida del Hipotiroidismo (6,7%), mientras que la patología quirúrgica más prevalente ha sido el legrado (6,5%).

Tabla 10: Características de la madre según su comorbilidad respecto al consumo de tabaco, antecedentes médicos y antecedentes quirúrgicos.

Consumo de tabaco		n (%)	95%IC
No fumadora		289/397 (72,8)	68,1-77,1
Fumadora		77/397 (19,4)	15,6-23,6
Ex - Fumadora		31/397 (7,8)	5,4-10,9
Antecedentes médicos		n (%)	95%IC
	Sí	172/416 (41,3)	36,6-46,2
	No	244/416 (58,7)	53,7-63,4
Asma		32/416 (7,7)	5,3-10,7
Hipotiroidismo		28/416 (6,7)	4,5-9,6
Rinitis		17/416 (4,1)	2,4-6,5
Diabetes		17/416 (4,1)	2,4-6,5
Síndrome Ansioso Depresivo		10/416 (2,4)	1,2-4,4
HTA		9/416 (2,2)	0,9-4,1
Antecedentes quirúrgicos		n (%)	95%IC
	Sí	164/415 (39,5)	34,8-44,4
	No	251/415 (60,5)	55,6-65,2
Legrado		27/415 (6,5)	4,3-9,3
Adenoidectomía/Amigdalectomía		26/415 (6,3)	4,1-9,0
Apendicetomía		15/415 (3,6)	2,0-5,9
Cesárea		14/415 (3,4)	1,9-5,6

6.1.4 Características de los antecedentes obstétricos de la madre

Los *antecedentes obstétricos* de *nº de gestaciones*, *nº de partos*, *nº de hijos* y el *tipo de lactancia en partos anteriores (lactancia previa)* se muestran en la **Tabla 11**. El rango de gestaciones oscila entre 1 y 8. El 58,3% son primíparas. El 38,1% tienen un único hijo, mientras que el 24,2% tiene 2 hijos.

A la pregunta sobre la *lactancia previa*, un 82,2% señala lactancia materna (incluyendo lactancia parcial con alimentación complementaria) y un 17,8% lactancia artificial (datos sobre el total de mujeres no primíparas). El 58,6% ofreció lactancia materna exclusiva.

Tabla 11: Características de la madre según antecedentes obstétricos (partos anteriores, gestaciones previas, número de partos previos, número de hijos y tipo de lactancia en partos anteriores).

Nº Gestaciones		Media±DT	Mediana	Mínimo-Máximo
	n (%)	1,7±0,9	1	1-8
		95% IC		
1	148/280 (52,9)	46,8-58,8		
2	94/280 (33,6)	28,1-39,4		
3	29/280 (10,4)	7,0-14,5		
5	4/280 (1,4)	0,4-3,6		
4	3/280 (1,1)	0,2-3,1		
6	1/280 (0,4)	0,0-1,9		
8	1/280 (0,4)	0,0-1,9		
Partos Previos		Media±DT	Mediana	Mínimo-Máximo
	n (%)	1,3±0,6	1	1-5
		95% IC		
No	238/408 (58,3)	53,4-63,2		
Sí	170/408 (41,7)	36,8-46,6		
Nº Partos		Media±DT	Mediana	Mínimo-Máximo
	n (%)	1,3±0,4	1	1-5
		95% IC		
1	175/235 (74,5)	68,4-79,9		
2	54/235 (23)	17,8-28,9		
3	4/235 (1,7)	0,5-4,3		
4	1/235 (0,4)	0,0-2,3		
5	1/235 (0,4)	0,0-2,3		
Nº Hijos		Media±DT	Mediana	Mínimo-Máximo
	n (%)	1,3±0,6	1	1-5
		95% IC		
1	163/276 (59,1)	53,0-64,9		
2	102/276 (37)	31,2-42,9		
3	8/276 (2,9)	1,3-5,6		
4	2/276 (0,7)	0,1-2,6		
5	1/276 (0,4)	0,0-2,0		
Lactancia en partos Anteriores		95% IC		
Lactancia materna Exclusiva	99/169 (58,6)	50,8-66,1		
Lactancia parcial	40/169 (23,7)	17,5-30,8		
Lactancia artificial	30/169 (17,8)	12,3-24,4		

6.1.5 Opinión previa de la madre, su pareja y otras madres sobre el tipo de lactancia más adecuado

La *opinión previa de las madres*, la *opinión de la pareja* y las *opiniones de otras madres* que conocen, respecto al tipo de lactancia que consideran más adecuado, se muestran en la **Tabla 12**.

Tabla 12: Opiniones previas sobre lactancia más adecuada de los recién nacidos según la madre, su pareja, otras madres que conocen y quien les influyó más en su decisión sobre la lactancia.

Opinión Madres	n (%)	95%IC
Lactancia materna exclusiva	351/404 (86,9)	83,2-90,0
Lactancia artificial	28/404 (6,9)	4,7-9,9
Lactancia parcial	13/404 (3,2)	1,7-5,4
Opinión Pareja	n (%)	95% IC
Lactancia materna exclusiva	326/384 (84,9)	80,9-88,3
Lactancia artificial	35/384 (9,1)	6,4-12,4
Lactancia parcial	23/384 (6)	3,8-8,9
Opinión de otras madres	n (%)	95% IC
Lactancia materna exclusiva	228/357 (63,9)	58,6-68,9
Lactancia artificial	73/357 (20,4)	16,4-25,0
Lactancia parcial	56/357 (15,7)	12,1-19,9

Las madres refieren preferir la lactancia materna exclusiva (86,9%), al igual que sus parejas (84,9%) y, en menor porcentaje, coinciden con la opinión de otras madres que conocen (63,9%).

6.1.6 Características generales de la educación maternal

Las características de la *educación maternal* recibida se muestran en la **Tabla 13**. El 95,4% controlaron su embarazo en su centro de salud, donde al 86,1% le ofertaron clases de educación maternal. Asistieron a ellas un 65,8% y, en ellas, a la mayoría les informaron sobre lactancia materna (98,5%), contacto precoz piel con piel (99,3%) y alojamiento conjunto (92,2%). Al 10,4% le dieron publicidad de leche artificial y al 8,1% le enseñaron cómo preparar un biberón de leche artificial.

Tabla 13: Características de la educación maternal recibida según el centro de salud habitual, oferta, asistencia, información sobre lactancia materna.

Control de embarazo en centro de salud habitual	n (%)	95% IC
Sí	397/416 (95,4)	92,9-97,2
No	19/416 (4,6)	2,7-7,0
Oferta de educación maternal en Centro de Salud habitual	n (%)	95% IC
Sí	358/416 (86,1)	82,3-89,2
No	58/416 (13,9)	10,8-17,6
Asistencia a educación maternal	n (%)	95% IC
Sí	273/415 (65,8)	60,9-70,3
No	142/415 (34,2)	29,7-39,0
Información sobre lactancia materna	n (%)	95% IC
Sí	269/273 (98,5)	96,3-99,6
No	4/273 (1,5)	0,4-3,7
Información sobre contacto precoz piel con piel	n (%)	95% IC
Sí	272/274 (99,3)	97,4-99,9
No	2/274 (0,7)	0,1-2,6
Información sobre alojamiento conjunto	n (%)	95% IC
Sí	236/256 (92,2)	88,2-95,2
No	20/256 (7,8)	4,8-11,8
Publicidad de leche artificial	n (%)	95% IC
No	233/260 (89,6)	88,3-93,0
Sí	27/260 (10,4)	6,9-14,7
Enseñanza sobre preparación biberón leche artificial	n (%)	95% IC
No	239/260 (91,9)	87,9-94,9
Sí	21/260 (8,1)	5,1-12,1
Petición Individual preparación biberón leche artificial	n (%)	95% IC
No	346/381 (90,8)	87,5-93,5
Sí	35/381 (9,2)	6,5-12,5

6.1.7 Características generales del parto

Las características del *parto* se muestran en la **Tabla 14**. La mayoría de los partos han sido eutócicos (57,1%). Destaca una prevalencia de partos quirúrgicos o cesáreas del 22,2%. El 27,32% fueron partos instrumentales, siendo le procedimiento más frecuente las ventosas (12,59%).

Tabla 14: Características del parto según gemelaridad y tipo de parto.

Parto Gemelar	n (%)	95% IC
No	409/420 (97,2)	95,4-98,7
Sí	11/420 (2,6)	1,3-4,6
Gemelos	7/420 (1,7)	0,7-3,4
Gemelas	2/420 (0,5)	0,1-1,7
Mellizos	2/420 (0,5)	0,1-1,7
Tipo de Parto	n (%)	95% IC
Eutócico	232/406 (57,1)	52,2-62,0
Distócico	174/406 (42,9)	37,9-47,8
Quirúrgico	90/406 (22,2)	18,2-26,5
Instrumental	84/406 (20,7)	16,9-24,9
Ventosa	78/406 (19,2)	15,5-23,4
Fórceps	5/406 (1,2)	0,4-2,6
Espátula	1/406 (0,2)	0,0-1,4

El porcentaje de partos gemelares (n=11) es del 2,6%.

6.1.8 Características generales del recién nacido

Las características del *recién nacido* se muestran en la **Tabla 15**.

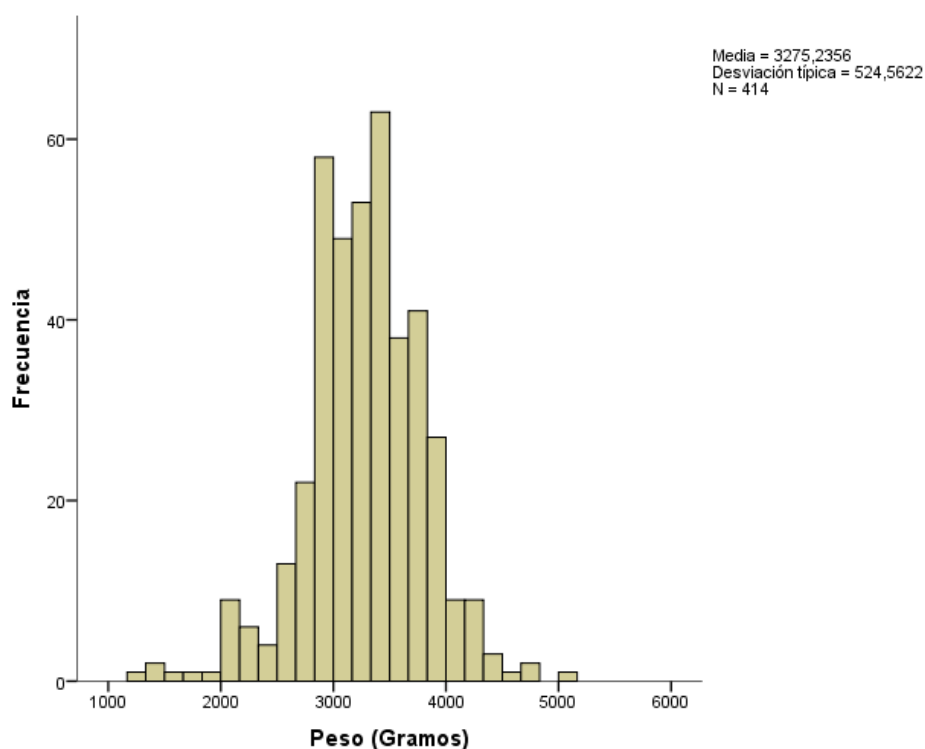
Tabla 15: Características del recién nacido respecto a sexo, peso y talla.

Género	n (%)	95%IC
Masculino	241/421 (57,2)	52,4-62,0
Femenino	179/421 (42,5)	37,7-47,4
Peso (Gramos)	Media ±DT	Mediana
	3275,2±524,6	3280
		Rango 1200-5090
Peso (Gramos) Agrupado	n (%)	95% IC
3001-3500	164/414 (39,3)	34,9-44,5
3501-4000	98/414 (23,6)	16,7-28,1
2501-3000	98/414 (23,6)	16,7-28,1
4001-4500	21/414 (5)	3,2-7,7
2001-2500	21/414 (5)	3,2-7,7
Menos de 1500	5/414 (1,2)	0,4-2,8
1501-2000	3/414 (0,7)	0,1-2,1
4501-5000	3/414 (0,7)	0,1-2,1
Más de 5000	1/414 (0,2)	0,0-1,3
Talla	Media ±DT	Mediana
	49,2±2,3	49
		Rango 40-57
Talla (Centímetros)	n (%)	95% IC
49	44/214 (20,6)	15,4-26,6
48	36/214 (16,8)	12,1-22,5
51	33/214 (15,4)	10,9-20,9
52	26/214 (12,1)	8,1-17,3
47	25/214 (11,7)	7,7-16,8
46	19/214 (8,9)	5,4-13,5
53	8/214 (3,7)	1,6-7,2
45	8/214 (3,7)	1,6-7,2
43	5/214 (2,3)	0,8-5,4
54	2/214 (0,9)	0,1-3,3
40	2/214 (0,9)	0,1-3,3
41	1/214 (0,5)	0,0-2,6
42	1/214 (0,5)	0,0-2,6
44	1/214 (0,5)	0,0-2,6
55	1/214 (0,5)	0,0-2,6
57	1/214 (0,5)	0,0-2,6

Existe un discreto predominio del género masculino (57,2%).

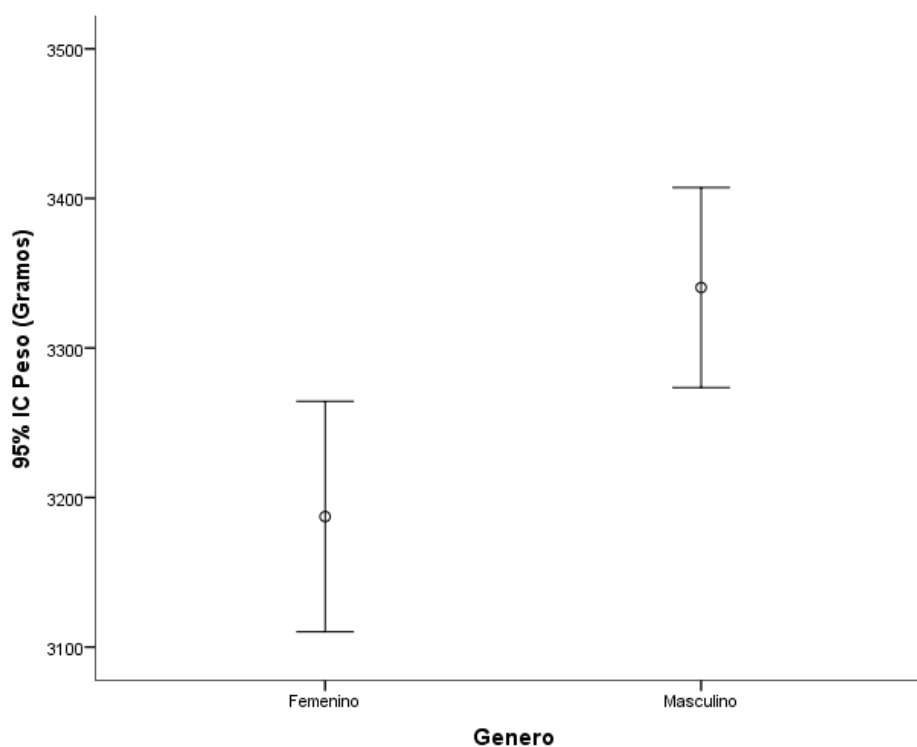
El rango de los pesos oscila entre 1200 y 5090 gramos, siendo la mediana de 3280 gramos (**Figura 6**). Predominan los lactantes entre 3001 y 3500 gramos (39,3%). La prevalencia de bajo peso (Menos de 2500 gramos) es del 7%.

Figura 6: Distribución del peso del recién nacido



Existe diferencia significativa entre el peso de los recién nacido y el género, pesando más los de género masculino que los de femenino ($3340,4 \pm 515,8$ vs. $3187,2 \pm 518,2$) (**Figura 7**).

Figura 7: Media de peso al nacimiento según género del recién nacido



La mediana de la talla de los recién nacidos es de 49 centímetros, siendo el rango de medidas entre 40 y 57. La talla más prevalente es de 49 centímetros (20,6%).

6.1.9 Características generales de la lactancia materna durante la primera hora de vida

Las características de la lactancia y contacto piel con piel en la primera hora de vida del recién nacido se muestra en la **Tabla 16**.

Refieren haber recibido información sobre la lactancia durante el parto el 27,7% de las madres.

Al 73,1% se les facilitó el contacto piel con piel con su hijo/a en los primeros 5 minutos de vida (5 de ellos con el padre, al haber tenido un parto quirúrgico).

De aquellas mujeres que no pudieron realizar el contacto piel temprano, el 86,8% fueron informadas de la posible causa. Entre las razones del no contacto estaban el ingreso en la unidad de neonatos, el sufrir una cesárea o ser prematuro. Un 27,9% no sabían la razón.

Tabla 16: Características de la lactancia y contacto piel con piel en la primera hora de vida del recién nacido.

Información sobre Lactancia durante el parto	n (%)	95% IC
No	256/354 (72,3)	67,3-76,9
Sí	98/354 (27,7)	23,1-32,7
Tipo de Lactancia en primera toma	n (%)	95% IC
Lactancia materna	283/382 (74,5)	69,4-78,4
Lactancia artificial	94/382 (24,7)	20,4-29,2
Suero	2/382 (0,5)	0,1-1,9
Glucosa	1/382 (0,3)	0,0-1,4
Contacto piel con piel inmediato – Primeros 5 minutos	n (%)	95% IC
Sí	299/414 (72,2)	67,6-76,5
No	110/414 (26,6)	22,4-31,1
Con el Padre	5/414 (1,2)	0,4-2,8
Conoce causa de no contacto piel con piel	n (%)	95% IC
No	14/106 (13,2)	7,4-21,2
Sí	92/106 (86,8)	78,8-92,6
Duración Primer contacto piel con piel	n (%)	95% IC
Más de 50 minutos	150/298 (50,3)	44,5-56,2
Hasta primera toma	79/298 (26,5)	21,6-31,9
Menos de 50 minutos	69/298 (23,2)	18,5-28,4

La duración de este primer contacto, en el 50,3% de los casos duró más de 50 minutos.

El 74,5% de los recién nacidos han tenido lactancia materna en la primera toma de su vida.

6.1.10 Características generales de la lactancia materna durante el puerperio inmediato

Las características del puerperio inmediato según la ayuda con lactancia materna, contacto piel con piel y fortalecimiento del vínculo-materno-filial se muestran en la **Tabla 17**.

El 59,8% de las mujeres recibieron ayuda con la LM en las 6 primeras horas de vida, para reconocer que su hijo/a estaba listo para amamantar (53,5%), así como información sobre el correcto agarre y posición a la hora de dar el pecho (62,4%), sobre cómo extraer leche manualmente (62,1%) o sobre la importancia de fortalecer el vínculo materno-filial, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto (77,4%).

Permanecieron juntos tras el parto el 69,9% de las madres con sus hijo/as.

Tabla 17: Características del puerperio inmediato según ayuda con lactancia materna, contacto piel con piel y fortalecimiento del vínculo-materno-filial.

Ayuda con lactancia materna 6 primeras horas	n (%)	95% IC
Sí	219/366 (59,8)	54,6-64,9
No	147/366 (40,2)	35,1-45,4
Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar	n (%)	95% IC
Sí	184/344 (53,5)	48,1-58,9
No	160/344 (46,5)	41,1-51,9
Información sobre correcto agarre y posición	n (%)	95% IC
Sí	231/370 (62,4)	57,3-67,4
No	128/370 (34,6)	29,8-39,7
Descripción de correcto agarre y posición	n (%)	95% IC
Sí	255/292 (87,3)	82,9-90,9
No	37/292 (12,7)	9,1-17,0
Información sobre extracción leche manual	n (%)	95% IC
Sí	231/372 (62,1)	56,9-67,0
No	130/372 (34,9)	30,1-40,0
Información sobre conservación y almacenaje de leche	n (%)	95% IC
Sí	208/365 (57)	51,7-62,1
No	157/372 (43)	37,9-48,3
Información sobre importancia de vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto	n (%)	95% IC
Sí	298/385 (77,4)	72,9-81,5
No	87/385 (22,6)	18,5-27,1
Permanecisteis juntos tras el parto	n (%)	95% IC
Sí	268/385 (69,6)	64,7-74,2
No	117/385 (30,4)	25,8-35,3

6.1.11 Características generales de la lactancia materna durante el puerperio hospitalario

Las características del *puerperio hospitalario* durante su estancia hospitalaria se muestran en la **Tabla 18**.

El 77,5% de los recién nacidos necesitó tomar algún tipo de suplemento; la mayoría fue de leche artificial (68,7%), administrado principalmente mediante vasito (59,1%).

El 37,1% de las madres recibió información sobre los riesgos de los chupetes biberones y tetinas, y un 42% los utilizaron en estos primeros días de vida, así como de los principales signos de hambre (51%). Recibieron información sobre la resolución de problemas y donde disponer de personal de apoyo tras el alta hospitalaria (51,1%) así como apoyo durante el puerperio (71,1%).

Tabla 18: Características del puerperio hospitalario sobre necesidad de suplementos, información sobre riesgos y utilización de chupetes, biberones y tetinas, acceso a publicidad y preparación de leche artificial e información sobre resolución de problemas y personal de apoyo.

Necesidad de suplementos	n (%)	95% IC
Sí	282/364 (77,5)	72,9-81,7
No	82/364 (22,5)	18,3-27,2
Explicación sobre necesidad de suplementos	n (%)	95% IC
Sí	181/236 (76,7)	70,8-81,9
No	55/236 (23,3)	18,1-29,2
Tipo de suplemento administrado	n (%)	95% IC
Lactancia artificial	156/227 (68,7)	62,3-74,7
Glucosa	37/227 (16,3)	11,7-21,8
Lactancia materna	21/227 (9,3)	5,8-13,8
Lactancia artificial + glucosa	13/227 (5,7)	3,1-9,6
Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas	n (%)	95% IC
No	241/383 (62,9)	57,9-67,8
Sí	142/383 (37,1)	32,2-42,1
Utilización de chupetes, tetinas, biberones	n (%)	95% IC
No	233/402 (58)	52,9-62,8
Sí	169/402 (42)	37,2-47,0
Publicidad de leche artificial	n (%)	95% IC
No	364/398 (91,5)	88,3-94,0
Sí	34/398 (8,5)	5,9-11,7
Enseñanza sobre signos de hambre	n (%)	95% IC
Sí	200/363 (51)	49,8-60,3
No	192/363 (49)	47,6-58,1
Enseñanza individual de preparación de leche artificial	n (%)	95% IC
Sí	66/81 (81,5)	71,3-89,3
No	15/81 (18,5)	10,8-28,7
Ánimo para alimentar al bebé	n (%)	95% IC
Sí	308/371 (83)	78,8-86,7
No	63/371 (17)	13,3-21,2
Información sobre resolución problemas y personal de apoyo	n (%)	95% IC
Sí	190/372 (51,1)	45,9-56,3
No	182/372 (48,9)	43,7-54,1
Apoyo en la Lactancia Puerperio	n (%)	95% IC
Sí	258/363 (71,1)	66,1-75,7
No	105/363 (28,9)	24,3-33,9

6.1.12 Características generales de la lactancia materna en unidades especiales

Las características del puerperio en las unidades especiales se muestran en la **Tabla 19**.

Entre los recién nacidos ingresados, el 81,3% ingresó en neonatos, el 46,3% por patología neonatal. La media de tiempo de permanencia en estas unidades fue de 111,8 horas, siendo la estancia menor de una hora y la de mayor tiempo de 15 días.

Tabla 19: Características del puerperio en unidades especiales.

Ingreso	n (%)	95% IC
No necesitaron ingreso en unidad especial	268/391 (68,5)	63,7-73,1
Neonatos	100/391 (81,3)	21,3-30,2
Cuidados Intensivos	20/391 (16,3)	3,1-7,8
Ambas	3/391 (2,4)	0,2-2,2
Motivo de ingreso	n (%)	95% IC
Patología neonatal	57/123 (46,3)	37,3-55,6
Cesárea	47/123 (38,2)	29,6-47,4
Cesárea + Patología Materna	9/123 (7,3)	3,4-13,4
Patología Materna	6/123 (4,9)	1,8-10,3
Cesárea + Patología Neonatal	3/123 (2,4)	0,5-6,9
Patología materna + neonatal	1/123 (0,8)	,0-4,4
Motivación para contacto piel con piel	n (%)	95% IC
Sí	92/133 (69,2)	60,6-76,9
No	41/133 (30,8)	23,1-39,4
Apoyo a Inicio de la lactancia materna	n (%)	95% IC
Sí	76/124 (61,3)	52,1-69,9
No	48/124 (38,7)	30,1-47,9
Acceso padres sin restricciones	n (%)	95% IC
Sí	87/119 (73,1)	64,2-80,8
No	32/119 (26,9)	19,2-35,8
Información sobre extracción manual de leche	n (%)	95% IC
Sí	61/122 (50)	40,8-59,2
No	61/122 (50)	40,8-59,2

Al 69,2% las motivaban para que realizaran contacto piel con piel con sus hijos y las apoyaron para iniciar la lactancia materna (61,3%). Se facilitó el acceso de los padres, sin restricciones, en un 73,1%. El 50% fueron informadas de cómo realizar la extracción manual de leche.

6.1.13 Características generales de la lactancia materna al alta hospitalaria

Al *alta hospitalaria*, el 70,9% seguía con lactancia materna exclusiva, mientras que el 18,6% con lactancia artificial (**Tabla 20**). No estaban seguras de qué lactancia seguir el 3,3%.

Tabla 20: Características de la lactancia materna al alta hospitalaria.

Tipo de lactancia al alta hospitalaria	n (%)	95% IC
Lactancia materna exclusiva	286/403 (70,9)	66,3-75,4
Lactancia artificial	75/403 (18,6)	14,9-22,8
Lactancia parcial	42/403 (10,4)	7,6-13,8

6.1.14 Características generales de la lactancia materna a los 4 meses de vida

Las características de la lactancia a los *4 meses de edad* de los lactantes se muestran en la **Tabla 21**.

Tabla 21: Características de la lactancia materna a los 4 meses de edad de los Lactantes y edad del lactante en el cambio de lactancia.

Lactancia materna a los 4 meses	n (%)	95% IC
Lactancia materna exclusiva	178/360 (49,4)	44,2-54,7
Lactancia artificial	163/360 (45,3)	40,1-50,6
Lactancia parcial	19/360 (5,3)	3,2-8,1
Edad del lactante en cambio de lactancia a 4 meses	n (%)	95% IC
4 meses	42/136 (30,9)	23,2-39,4
1 mes	21/136 (17,6)	9,8-22,6
2 meses	17/136 (12,5)	7,5-19,3
3 meses	11/136 (8,1)	4,1-14,0
3,5 meses	9/136 (6,6)	3,1-12,2
21 días	7/136 (5,1)	2,1-10,3
1,5 meses	6/136 (4,4)	1,6-9,4
2,5 meses	5/136 (3,7)	1,2-8,4
15 días	4/136 (2,9)	0,8-7,4
3 días	4/136 (2,9)	0,8-7,4
10 días	3/136 (2,2)	0,5-6,3
5 días	2/136 (1,5)	0,2-5,2
7 días	2/136 (1,5)	0,2-5,2

El 49,4% seguían con lactancia materna exclusiva, mientras que el 45,3% estaban sólo con lactancia artificial. El cambio de tipo de lactancia se efectúa principalmente a los 4 meses (30,9%).

Los principales motivos para el cambio se muestran en la **Tabla 22**. Destacan la vuelta al trabajo (o previsión de ello) (76,9%), la incompatibilidad con horario d trabajo (46,2%) o la producción insuficiente de leche (44,7%).

Tabla 22: Características que motivaron el cambio de lactancia desde el alta hospitalaria hasta los 4 meses de edad de los lactantes.

MOTIVOS SANITARIOS	n (%)	95% IC
Producción de Leche insuficiente	47/94 (44,7)	39,5-60,5
El niño/s se quedaba con hambre	34/94 (31,9)	26,5-46,7
Indicación médica	24/94 (23)	17,1-35,6
Gran dolor en el pecho (incluye mastitis)	13/94 (12,8)	7,6-22,5
Enfermedad del Lactante	8/94 (7,4)	3,7-16,1
Enfermedad Materna	8/94 (7,4)	3,7-16,1
Mala técnica de colocación al pecho	8/94 (7,4)	3,7-16,1
No sabía qué cantidad de leche tomaba el niño/a	3/94 (3,2)	0,7-9,0
Por tener pezones planos o invertidos	1/94 (1,1)	0,0-5,8
MOTIVOS ECONÓMICOS	n (%)	95% IC
Vuelta al trabajo o previsión de ello	10/13 (76,9)	46,2-94,9
Incompatibilidad con horario de trabajo	6/13 (46,2)	19,2-74,9
Obtención de leche gratis	3/13 (23,1)	5,0-53,8
MOTIVOS CULTURALES/SOCIALES	n (%)	95% IC
Falta De apoyo por la familia, pareja... para seguir con la Lactancia	4/7 (57,1)	18,4-90,1
Información Inadecuada	2/7 (28,6)	3,7-70,9
Estaba más atada y no tener libertad de salir y distraerse	1/7 (14,3)	0,4-57,9
Estar siempre mojada por la galactorrea	1/7 (14,3)	0,4-57,9
MOTIVOS PSICO/AFFECTIVOS	n (%)	95% IC
Gran carga de estrés emocional para la madre	6/9 (66,7)	29,9-92,5
Agobio en los primeros días/meses por el llanto del bebé	3/9 (33,3)	7,5-70,1
Sentirse demacrada, ojerosa y cansada	1/9 (11,1)	0,3-48,2

6.1.15 Características generales de la lactancia materna a los 6 meses de vida

Las características de la lactancia materna a los *6 meses de edad* de los lactantes se muestran en la **Tabla 23**.

Tabla 23: Características de la lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según prevalencia de lactancia materna a los 6 meses y edad del lactante en el cambio de lactancia.

Lactancia hasta 6 meses	n (%)	95% IC
Lactancia Artificial + Alimentación Complementaria	205/351 (58,4)	53,1-63,6
Lactancia Materna + Alimentación Complementaria	84/351 (23,9)	19,6-28,7
Lactancia Parcial + Alimentación Complementaria	33/351 (9,4)	6,6-12,9
Lactancia Materna Exclusiva	19/351 (5,4)	3,3-8,3
Lactancia Parcial	10/351 (2,8)	1,4-5,2
Lactancia Materna	103/351 (23,9)	24,6-34,14
Lactancia Artificial	205/351 (58,4)	53,1-63,6
Lactancia Parcial	43/351 (9,4)	9,0-16,1
Edad del lactante en cambio de lactancia - 6 meses	n (%)	95% IC
6 meses	89/170 (52,4)	44,6-60,1
5 meses	33/170 (19,4)	13,8-26,2
4 meses	19/170 (11,2)	6,9-16,9
5,5 meses	18/170 (10,6)	6,4-16,2
4,5 meses	11/170 (6,5)	3,3-11,3

El 58,4% estaban con lactancia artificial. La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses es del 5,4%. El cambio en el tipo de lactancia se efectúa principalmente a los 6 meses de edad de los lactantes (52,4%), principalmente por indicación médica (89,2%) o vuelta al trabajo (o previsión de ello) (87,5%) (**Tabla 24**).

Tabla 24: Características que motivaron el cambo de lactancia entre los 4 y 6 meses de edad de los lactantes.

MOTIVOS SANITARIOS	n (%)	95% IC
Producción de Leche Suficiente	11/130 (8,5)	4,3-14,6
El niño/s se quedaba con hambre	11/130 (8,5)	4,3-14,6
Indicación médica	116/130 (89,2)	82,6-93,9
Gran dolor en el pecho (incluye mastitis)	1/130 (0,8)	0,0-4,2
Enfermedad del Lactante	4/130 (3,1)	0,8-7,7
No sabía qué cantidad de leche tomaba el niño/a	1/130 (0,8)	0,0-4,2
Por tener pezones planos o invertidos	1/130 (0,8)	0,0-4,2
MOTIVOS ECONÓMICOS	n (%)	95% IC
Vuelta al trabajo o previsión de ello	28/32 (87,5)	71,0-96,5
Incompatibilidad con horario de trabajo	8/32 (25)	11,5-43,4
Obtención de leche gratis	2/32 (6,3)	0,8-20,8
MOTIVOS CULTURALES/SOCIALES	n (%)	95% IC
Falta De apoyo por la familia, pareja... para seguir con la Lactancia	1/2 (50)	1,3-98,4
Información Inadecuada	1/2 (50)	1,3-98,4
MOTIVOS PSICO/AFFECTIVOS	n (%)	95% IC
Gran carga de estrés emocional para la madre	1/2 (50)	1,3-98,4
Sentirse demacrada, ojerosa y cansada	1/2 (50)	1,3-98,4

6.1.16 Características generales de la lactancia materna a los 12 meses de vida

Por lo que respecto al seguimiento de la lactancia materna a los *12 meses de vida*, las principales características se muestran en la **Tabla 25**. El 19,1% sigue con lactancia materna.

Tabla 25: Características de la lactancia materna a los 12 meses de edad de los Lactantes según prevalencia de lactancia materna a los 12 meses y edad del lactante en el cambio de lactancia.

Lactancia materna a los 12 meses	n (%)	95% IC
No sigue con lactancia materna	258/319 (80,9)	76,1-85,0
Sigue con lactancia materna	61/319 (19,1)	14,9-23,9
Edad del lactante en el cambio de lactancia materna entre 6-12 meses	n (%)	95% IC
8 meses	16/66 (24,2)	14,5-36,4
7 meses	13/66 (19,7)	10,9-31,3
12 meses	9/66 (13,6)	6,4-24,3
9 meses	7/66 (10,6)	4,4-20,6
10 meses	5/66 (7,6)	2,5-16,8
6,5 meses	5/66 (7,6)	2,5-16,8
6 meses	4/66 (6,1)	1,7-14,8
11 meses	3/66 (4,5)	0,9-12,7
7,5 meses	3/66 (4,5)	0,9-12,7
8,5 meses	1/66 (1,5)	0,0-8,2

A los 8 meses de vida, el 24,2% abandonan la lactancia materna, el 19,7% a los 7 meses. El 74,1% cambia el tipo de lactancia por vuelta al trabajo, el 47,1% por producción insuficiente de leche (**Tabla 26**).

Tabla 26: Características que motivaron el cambio de lactancia entre los 6 y 12 meses de edad de los lactantes.

MOTIVOS SANITARIOS	n (%)	95% IC
Producción de Leche Suficiente	8/17 (47,1)	22,9-72,2
El niño/s se quedaba con hambre	1/17 (5,9)	0,1-28,7
Indicación médica	6/17 (35,3)	14,2-61,7
Enfermedad del Lactante	1/17 (5,9)	0,1-28,7
No sabía qué cantidad de leche tomaba el niño/a	1/17 (5,9)	0,1-28,7
Enfermedad Materna	1/17 (5,9)	0,1-28,7
MOTIVOS ECONÓMICOS	n (%)	95% IC
Vuelta al trabajo o previsión de ello	20/27 (74,1)	53,7-88,9
Incompatibilidad con horario de trabajo	11/27 (40,7)	23,4-61,2
MOTIVOS CULTURALES/SOCIALES	n (%)	95% IC
Me encuentro atada y no tengo la libertad de salir y distraerse	1/3 (33,3)	0,8-90,6

6.1.17 Características evolutivas de la lactancia materna durante el primer año de vida.

Las características de la lactancia materna, en los diferentes *momentos evolutivos*, se muestran en la **Tabla 27**.

Tabla 27: Características de la lactancia según diferentes momentos evolutivos en el tiempo.

Tipo de lactancia	Al alta		A los 4 meses		A los 6 meses		A los 12 meses	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Lactancia materna Exclusiva	286/403 (70,9)		177/360 (49,2)		19/351 (5,4)			
Lactancia Artificial	75/403 (18,6)		163/360 (45,3)		205/351 (58,4)		LA 258/319 (80,9)	
Lactancia Parcial	42/403 (10,4)		20/360 (5,6)		127/351 (36,2)		LM 61/319 (19,1)	
Tipo de lactancia reagrupada	Al alta		A los 4 meses		A los 6 meses		A los 12 meses	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Lactancia Artificial	75/403 (18,6)		163/360 (45,3)		205/351 (58,4)		258/319 (80,9)	
Lactancia Materna	328/403 (81,4)		197/360 (54,7)		146/351 (41,6)		61/319 (19,1)	

Hay una disminución del 65,5% de prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses; por el contrario, la prevalencia de lactancia artificial aumenta el 39,8%. La prevalencia de lactancia parcial aumenta un 25,8%.

6.2 Lactancia materna al alta hospitalaria y diferentes covariables

La prevalencia de lactancia materna, en este momento, como previamente se comentó, es del 81,4%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 70,9%.

6.2.1 Características generales de la madre

Las *variables sociodemográficas de la madre* que se asocian en el análisis bivariado a la lactancia materna al alta hospitalaria (**Tabla 28**) son las siguientes: La edad, el nivel de estudios y la situación laboral.

La *edad de la madre* con lactancia materna es significativamente mayor que las de lactancia artificial ($33,1\pm 4,7$ vs. $30,2\pm 6,1$ años). La prevalencia de lactancia materna se incrementa con la edad. Dicha relación se muestra en la **Figura 8**.

Figura 8: Probabilidad de lactancia materna al alta hospitalaria según edad de la madre

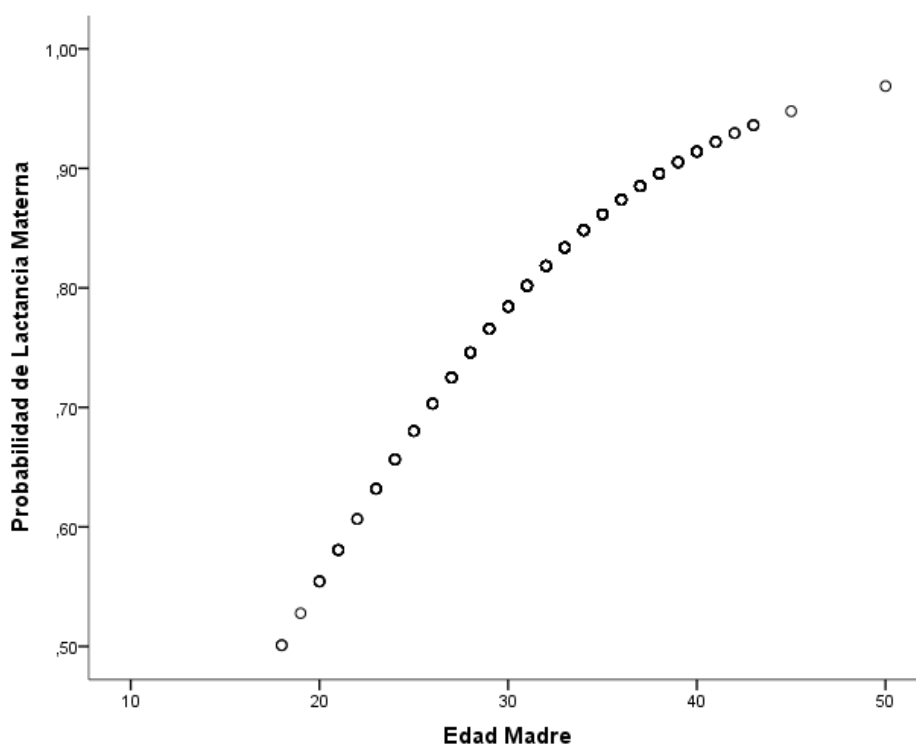
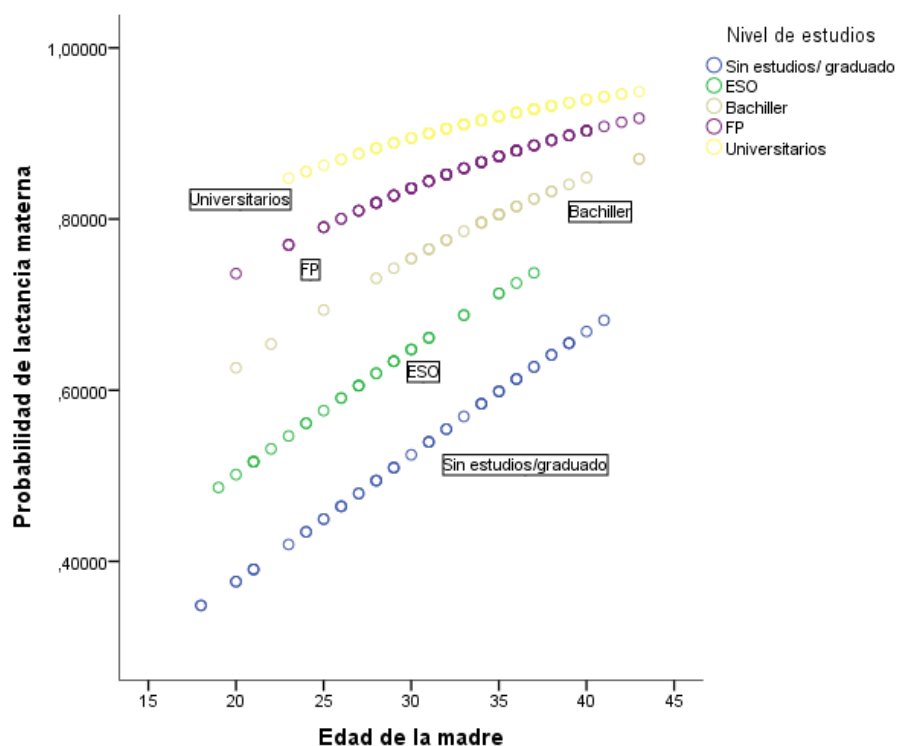


Tabla 28: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	Media±DT (n)	Media±DT (n)	p	Odds Ratio (OR) crudo	OR ajustado
Edad	30,3±6,0 (75)	33,1±4,7 (328)	<0,001	0,6 (1,5-4,0)	1,1 (0,9-1,1)
Grupos de Edad	n (%)	n (%)	<0,001	-	
18-20 años	4/8 (50,0)	4/8 (50,0)			
21-25 años	15/29 (51,7)	14/29 (48,3)			
26-30 años	14/86 (16,3)	72/86 (83,7)			
31-35 años	23/159 (14,5)	136/159 (85,5)			
36-40 años	16/106 (15,1)	90/106 (84,9)			
41-45 años	1/12 (8,3)	11/12 (91,7)			
Más de 46 años	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nacionalidad	n (%)	n (%)	0,708		
Extranjera	3/19 (15,8)	16/19 (84,2)		1	
Española	70/372 (18,8)	302/372 (81,2)		0,8 (0,2-2,8)	
País	n (%)	n (%)	0,431	-	
España	70/372 (18,8)	302/372 (81,2)			
Brasil	0/2 (0)	2/2 (100)			
Perú	0/3 (0)	3/3 (100)			
Colombia	1/1 (100)	0/1 (0)			
Paraguay	1/1 (100)	0/1 (0)			
Rumanía	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)			
República Checa	0/1 (0)	1/1 (100)			
Marruecos	0/1 (0)	1/1 (100)			
Suecia	0/1 (0)	1/1 (100)			
República Dominicana	1/1 (100)	0/1 (0)			
Argentina	0/1 (0)	1/1 (100)			
Francia	0/2 (0)	2/2 (100)			
Venezuela	0/1 (0)	1/1 (100)			
Cuba	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Sin estudios	6/12 (50,0)	6/12 (50,0)			1
Graduado escolar	14/35 (40,0)	21/35 (60,0)			1
Educación Secundaria	14/33 (42,4)	19/33 (57,6)			0,9 (0,4-2,5)
Bachiller	7/34 (20,6)	27/34 (79,4)			2,1 (0,7-5,9)
Formación Profesional	22/115 (19,1)	93/115 (80,9)			2,3 (1,1-5,1)
Universitarios	8/156 (5,1)	148/156 (94,9)			9,0 (3,5-23,3)
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,022		
Desempleada	33/136 (24,3)	103/136 (75,7)		1	
Activa	36/243 (14,8)	207/243 (85,2)		1,8 (1,1-3,1)	1,0 (0,6-1,9)

En cuanto al *nivel de estudio de la madre* se objetiva que la prevalencia de lactancia materna se incrementa a medida que aumenta su nivel de estudios. La relación entre la edad y el nivel de estudios de la madre se muestra en la **Figura 9**.

Figura 9: Probabilidad de lactancia materna al alta según edad de la madre y nivel de estudios



Respecto a la *situación laboral*, se objetiva que el porcentaje de lactancia materna es discretamente superior en las mujeres que trabajan que las que están desempleadas (85,2% vs. 75.7%).

La relación entre el *país*, el *municipio de residencia* y el *centro de salud* se muestra en las **Tablas 28 y 29**.

Tabla 29: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado	Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR ajustado
Municipio de Residencia	n (%)	n (%)	-	-
Ferrol	26/131 (19,8)	105/131 (80,2)		
Narón	16/102 (15,7)	86/102 (84,3)		
Neda	1/9 (11,1)	8/9 (88,9)		
Valdoviño	2/7 (28,6)	5/7 (71,4)		
A Coruña	2/5 (40)	3/5 (60)		
Fene	1/15 (6,7)	14/15 (93,3)		
As Pontes	3/22 (13,6)	19/22 (86,4)		
Ares	0/4 (0)	4/4 (100)		
Pontevedra	1/19 (5,3)	18/19 (94,7)		
Miño	1 /2 (50)	1/2 (50)		
Cedeira	2/11 (18,2)	9/11 (81,8)		
Cariño	1 /4 (25)	3/4 (75)		
Mugardos	2/7 (28,6)	5/7 (71,4)		
San Saturnino	1/6 (16,7)	5/6 (83,3)		
Ortigueira	1/5 (20)	4/5 (80)		
A Capela	0/2 (0)	2/2 (100)		
Moeche	1 /2 (50)	1/2 (50)		
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)		
O Barqueiro	2/2 (100)	0/2 (0)		
Guitiriz	0/1 (0)	1/1 (100)		
Cabañas	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)		
Cerdido	1 /2 (50)	1/2 (50)		
Centro de Salud	n (%)	n (%)	-	-
Ferrol	21/111 (18,9)	90/111 (81,1)		
Narón	17/100 (17)	83/100 (83)		
Neda	2/10 (20)	8/10 (80)		
Valdoviño	2/6 (33,3)	4/6 (66,7)		
A Coruña	1 /2 (50)	1/2 (50)		
Fene	1/17 (5,9)	16/17 (94,1)		
As Pontes	3/21 (14,3)	18/21 (85,7)		
Ares	0/6 (0)	6/6 (100)		
Consulta Arq. Marcide	3/7 (42,9)	4/7 (57,1)		
Pontevedra	2/24 (8,3)	22/24 (91,7)		
Cedeira	3/12 (25)	9/12 (75)		
Cariño	3/12 (25)	9/12 (75)		
Mugardos	1/7 (14,3)	6/7 (85,7)		
San Saturnino	1/6 (16,7)	5/6 (83,3)		
Ortigueira	2/5 (40)	3/5 (60)		
A Capela	0/2 (0)	2/2 (100)		
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)		
Seguro Privado	1/1 (100)	0/1 (0)		
Cerdido	1 /2 (50)	½ (50)		

No se ha encontrado asociación entre la lactancia materna al alta y las siguientes variables: nacionalidad, país de origen, municipio de residencia y centro de salud.

Si se tiene en consideración la edad de la gestante, el nivel de estudios y la situación laboral, tras realizar un análisis multivariado, se objetiva que la única variable que tiene un efecto independiente para predecir la lactancia materna es el *nivel de estudios*. El nivel de formación profesional respecto a los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna [Odds Ratio (OR) = 2,3]. Los estudios universitarios en comparación con los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna (OR= 9,0) (**Tabla 28**).

6.2.2 Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar

La variable que se asocia entre las *características de la pareja y el núcleo familiar* en el análisis bivariado a la lactancia materna al alta (**Tabla 30**) es la siguiente: el nivel estudios.

Tabla 30 Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,791		1,2 (0,2-6,5)
Desempleado	2/48 (4,2)	46/48 (95,8)		1	
Activo	6/206 (2,9)	200/206 (97,1)		1,2 (0,3-6,2)	
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	0,028	-	
Sin estudios	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)			1
Graduado escolar	3/41 (7,3)	38/41 (92,7)			1
Educación Secundaria	1/22 (4,5)	21/22 (95,5)			2,1 (0,2-20,3)
Bachiller	0/31 (0)	31/31 (100)			-
Formación Profesional	2/69 (2,9)	67/69 (97,1)			3,1 (0,5-17,9)
Universitarios	1/74 (1,4)	73/74 (98,6)			6,9 (0,7-65,8)
Número de personas en el núcleo familiar					
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Núcleo Familiar Cohabitanes	3,8±0,7 (8)	3,6±0,8 (256)	0,562	0,3 (0,4-0,7)	
	n (%)	n (%)	0,935	-	0,9 (0,4-1,9)
2	0/3 (0)	3/3 (100)			
3	3/137 (2,2)	134/137 (97,8)			
4	4/97 (4,1)	93/97 (95,9)			
5	19/20 (5,0)	1/20 (95,0)			
6	0/6 (0)	6/6 (100)			
7	0/1 (0)	1/1 (100)			

En cuanto al nivel de estudio de la pareja se objetiva la misma tendencia que con la madre. A mayor nivel de estudios, mayor prevalencia de lactancia materna al alta.

No hemos encontrado asociación entre la lactancia materna al alta y las siguientes variables: la situación laboral del padre y el núcleo familiar.

Cuando se ajusta mediante un análisis multivariado por la situación laboral, el nivel de estudios de la pareja y el núcleo familiar, se observa que ninguna de estas variables se asocia con una mayor prevalencia de lactancia materna al alta (**Tabla 30**).

6.2.3 Características de la comorbilidad de la madre

Al realizar un análisis bivariado, se encuentra asociación estadística entre la lactancia materna al alta y las siguientes variables: consumo de tabaco y, entre las patologías: la hipertensión en los antecedentes médicos y adenoidectomía/amigdalectomía en los antecedentes quirúrgicos (**Tabla 31**).

Se objetiva que las madres fumadoras presentan menos prevalencia de lactancia materna que las no fumadoras (72,6% vs. 83,7%).

También se objetiva que la lactancia materna al alta es discretamente mayor en las madres que no tienen antecedentes médicos (83,4 vs. 79,0%).

En el caso de la hipertensión, las madres hipertensas presentan menor prevalencia de lactancia materna al alta que las no hipertensas (55,6% vs. 82,2%)

Al contrario ocurre en caso de haber sufrido una adenoidectomía/amigdalectomía, puesto que estas mujeres presentan mayor prevalencia de lactancia materna al alta que las no intervenidas (96,0% vs. 80,6%).

Tabla 31: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Consumo de Tabaco	n (%)	n (%)	0,073		
No	45/276 (16,3)	231/276 (83,7)		1	1
Sí	20/73 (27,4)	53/73 (72,6)	0,024	0,50	0,77 (0,52-1,3)
Ex - Fumadora	6/30 (20,0)	24/30 (80,0)	0,640	0,79	
Antecedentes Médicos	n (%)	n (%)	0,256	0,7 (0,5-1,2)	
Hipertensión	No	39/235 (16,6)	0,046	1	0,33 (0,08-1,3)
	Sí	34/162 (21,0)			
Síndrome Ansioso-depresivo	No	69/388 (17,8)	0,921	1	
	Sí	4/9 (44,4)			
Rinitis Alérgica	No	71/387 (18,3)	0,298	0,3 (0,1-1,1)	
	Sí	2/10 (20,0)			
Asma Bronquial	No	8/10 (80,0)	0,193	1	
	Sí	1/15 (6,7)			
Diabetes Mellitus	No	72/382 (18,8)	0,193	0,6 (0,3-1,5)	
	Sí	7/30 (23,3)			
Hipotiroidismo	No	66/387 (18,0)	0,874	1	0,6 (0,19-2,06)
	Sí	5/16 (31,3)			
Antecedentes Quirúrgicos	n (%)	n (%)	0,347		
	No	48/240 (20,0)	192/240 (80,0)		1
Apendicetomía	Sí	25/156 (16,0)	0,801	1,3 (0,8-2,2)	
	No	71/383 (18,5)			
Adenoidectomía/ Amigdalectomía	Sí	2/13 (15,4)	0,050	0,8 (0,2-3,1)	4,9 (0,6-37,1)
	No	72/371 (19,4)			
Legrado	Sí	1/25 (4,0)	0,641	5,9 (0,8-44,6)	
	No	69/370 (18,6)			
Cesárea	Sí	4/26 (15,4)	0,801	1,3 (0,43-3,8)	
	No	70/382 (18,3)			
	Sí	6/13 (21,4)		0,8 (0,2-3,1)	
		7/13 (78,6)			

Cuando se ajusta mediante un análisis multivariado por exposición al tabaco, antecedente de hipertensión, diabetes mellitus y adenoidectomía/amigdalectomía, se objetiva ninguna de las variables modifica significativamente la probabilidad de lactancia materna al alta (**Tabla 31**).

6.2.4 Características de los antecedentes obstétricos de la madre

En el análisis bivariado se objetiva que el tipo de lactancia en partos previos modifica de forma significativamente la prevalencia de lactancia materna al alta. De esta manera, se observa que las mujeres que tras partos anteriores habían dado lactancia materna, en el 91,3% de los casos continúan con lactancia materna tras el parto actual (OR= 23.3) (**Tabla 32**).

Tabla 32: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Partos Anteriores			0,599		
No	38/225 (16,9)	187/225 (83,1)		1	
Sí	31/168 (18,5)	137/168 (81,5)		0,9 (0,5-1,5)	
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Gestaciones	1,7±0,7 (48)	1,6±0,9 (222)	0,737	1,1 (0,7-1,5)	
	n (%)	n (%)	0,287	-	
1	20/143 (14,0)	123/143 (86,0)			
2	23/92 (25,0)	69/92 (75,0)			
3	5/28 (17,9)	23/28 (82,1)			
4	0/3 (0)	3/3 (100)			
5	0/3 (0)	3/3 (100)			
6	0/1 (0)	1/1 (100)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Partos	1,1±0,4 (26)	1,3±0,6 (202)	0,185	2,0 (0,7-5,6)	
	n (%)	n (%)	0,758	-	
1	22/170 (12,9)	148/170 (87,1)			
2	4/52 (7,7)	48/52 (92,3)			
3	0/4 (0)	4/4 (100)			
4	0/1 (0)	1/1 (100)			
5	0/1 (0)	1/1 (100)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Número de Hijos	1,2±0,5 (30)	1,3±0,6 (196)	0,079	1,7 (0,7-4,2)	2,6 (0,8-9,3)
	n (%)	n (%)	0,496	-	
1	26/172 (15,1)	146/172 (84,9)			
2	3/47 (6,4)	44/47 (93,6)			
3	1/4 (25,0)	3/4 (75,0)			
4	0/2 (0)	2/2 (100)			
5	0/1 (0)	1/1 (100)			
Lactancia Previa	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	20/29 (69,0)	9/29 (31,0)		1	1
Lactancia Materna	12/138 (8,7)	126/138 (91,3)		23,3 (8,7-62,5)	21,1 (7,2-61,6)

No se encuentra significancia estadística entre partos previos, ni el número de gestaciones previas, de partos o de hijos.

Aunque estas variables no modifican la probabilidad de lactancia materna al alta, se objetiva que las gestantes con mayor número de hijos presentan mayor prevalencia de lactancia materna (**Tabla 32**).

Si ajustamos en un modelo multivariado de regresión por número de hijos y lactancia materna previa, se objetiva que la lactancia previa es la que modifica significativamente la lactancia materna al alta.

6.2.5 Opiniones previas al parto

En cuanto a las opiniones previas al parto se objetiva que claramente afecta a la decisión al alta, en el sentido que las madres que creen que la lactancia materna exclusiva es la mejor elección, la mayoría sí inician lactancia materna.

Lo mismo sucede en la opinión de la pareja y de otras madres que conocen (**Tabla 33**).

Tabla 33: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables según las opiniones previas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Opinión Madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	11,8 (2,3-59,2)
Lactancia Artificial	28/28 (100)	0/28 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	28/338 (8,3)	310/338 (91,7)			
Lactancia Parcial	3/12 (25,0)	9/12 (75,0)			
Opinión Pareja	n (%)	n (%)	<0,001	-	1
Lactancia Artificial	32/35 (91,4)	3/35 (8,6)			
Lactancia Materna Exclusiva	25/310 (8,0)	288/313 (92,0)			132,5 (19,2-916,6)
Lactancia Parcial	4/22 (18,2)	18/22 (81,8)			25,9 (2,7-243,4)
Opinión de otras madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	1,6 (0,7-3,5)
Lactancia Artificial	21/71 (29,6)	50/71 (70,4)			
Lactancia Materna Exclusiva	35/222 (15,8)	187/222 (84,2)			
Lactancia Parcial	0/55 (0)	55/55 (100)			

Cuando se ajusta en un modelo multivariado por la opinión de las madres, de la pareja y de la opinión de otras madres se objetiva que las variables predictivas de lactancia materna al alta son la opinión previa de la madre (OR= 11,8) y de la pareja (**Tabla 33**).

6.2.6 Características de la educación maternal

Dentro de la *Educación Maternal*, tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que la oferta de clases de Educación Maternal y la asistencia a Educación maternal modifican la probabilidad de lactancia materna al alta (**Tabla 34**).

Tabla 34: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables de Educación Maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado*
			p	OR crudo	OR ajustado
Control de Embarazo en Centro de Salud Habitual	n (%)	n (%)			
No	5/19 (26,3)	14/19 (73,7)		1	
Sí	69/380 (18,2)	311/380 (81,8)	0,372	1,6 (0,6-4,7)	
Oferta en Centro de Salud habitual de Educación Maternal	n (%)	n (%)	0,023	2,2 (1,1-4,2)	
No	16/54 (29,6)	38/54 (70,4)			
Sí	58/347 (16,7)	289/347 (83,3)			
Asistencia a Educación Maternal	n (%)	n (%)	<0,001		
No	42/138 (30,4)	96/138 (69,6)		1	1
Sí	32/263 (11,6)	231/263 (88,4)		3,2 (1,9-5,3)	3,2 (1,9-5,3)
Actividades aprendidas u ofertadas en las clases de Educación Maternal					
Información sobre lactancia materna	n (%)	n (%)	0,409		
No	1/4 (25,0)	3/4 (75,0)		1	
Sí	30/259 (10,9)	229/259 (89,1)		2,5 (0,3-25,3)	
Información sobre contacto precoz piel con piel	n (%)	n (%)	0,598		
No	0/2 (0)	2/2 (100)		1	
Sí	32/262 (12,2)	230/262 (87,8)		1,1 (1,1-1,2)	
Información sobre alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,607		
No	3/19 (15,8)	16/19 (84,2)		1	
Sí	27/228 (11,8)	202/229 (88,2)		1,4 (0,4-5,1)	
Publicidad de Leche Irificial	n (%)	n (%)	0,013		
No	22/224 (9,8)	202/224 (90,2)		1	
Sí	7/27 (25,9)	20/27 (74,1)		0,3 (0,1-0,9)	
Enseñanza sobre preparación biberón leche artificial	n (%)	n (%)	0,008		
No	22/229 (9,6)	207/229 (90,4)		1	
Sí	6/21 (28,6)	15/21 (71,4)		0,3 (0,1-0,8)	
Petición Individual preparación biberón leche artificial	n (%)	n (%)	0,219		
No	55/335 (16,4)	280/335 (83,6)		1	
Sí	8/32 (25,0)	24/32 (75,0)		0,6 (0,3-1,4)	

Análisis multivariado*: solo se ajustó por asistencia a educación maternal debido a que el resto de variables son consecuencia de esta variable.

De aquellas mujeres que sí acudieron a la educación maternal, también se objetiva que dar publicidad de leche artificial y la enseñanza de preparación de biberón de leche artificial también se asocia a la decisión de lactancia materna al alta hospitalaria.

No se han encontrado asociación significativa con la lactancia materna al alta en las variables control del embarazo en su centro de salud habitual, en la información proporcionada sobre lactancia materna, información sobre contacto precoz piel con piel, información sobre alojamiento conjunto.

Dado que la variable asistencia a educación maternal es la que condiciona la información de todas las demás, no se realiza modelo multivariado de regresión por ser las demás variables consecuencia de la primera (**Tabla 34**).

6.2.7 Características del parto

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que el parto gemelar se asocia de forma significativa con la prevalencia de lactancia materna al alta (**Tabla 35**).

Tabla 35: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES PARTO	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Parto Gemelar	n (%)	n (%)	0,044		
No	71/394 (18,0)	323/394 (82,0)		1	
Sí	4/9 (44,4)	5/9 (55,6)		0,3 (0,1-1,0)	0,2 (0,1-0,9)
Tipo de Parto	n (%)	n (%)	1,000	-	
Quirúrgico	15/87 (17,3)	72/87 (82,8)			1
Eutócico	39/226 (17,3)	187/226 (82,7)			1,0 (0,5-1,9)
Instrumental	13/75 (17,3)	62/75 (82,7)			0,9 (0,4-2,2)

Se objetiva que las gestantes con partos gemelares deciden en menor medida mantener lactancia materna al alta que las que tienen un parto único (65,2% vs. 82,2%).

La variable *tipo de parto* no se asocia significativamente con la prevalencia de lactancia materna al alta.

Tras ajustar por la presencia o no de parto gemelar y el tipo de parto, se objetiva que la variable con un efecto independiente para predecir lactancia materna al alta es la presencia de parto gemelar (OR= 0.2) (**Tabla 35**). Dicha presencia disminuye dicha probabilidad

6.2.8 Características del recién nacido

Tras realizar un análisis bivariado, la talla del recién nacido al nacer se asocia significativamente con la lactancia materna al alta (**Tabla 36**).

Tabla 36: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Género			0,834		
Femenino	30/170 (17,6)	140/170 (82,4)		1	1
Masculino	41/222 (18,5)	181/222 (81,5)		0,9 (0,6-1,6)	0,9 (0,1-6,5)
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Peso (Gramos)	3283±495,1 (73)	3286,2±518,1 (322)	0,962	1 (1,0- 1,001)	0,9 (0,9-1,0)
Talla (Centímetros)	51,1±1,9 (7)	49,2±2,3 (201)	0,034	0,7 (0,5-0,9)	0,9 (0,5-1,8)

La talla, medida en centímetros (cm), de los recién nacidos es significativamente inferior a los de lactancia artificial (49,1±2,3 cm vs. 51,1±1,9 cm).

No se han encontrado diferencias significativas en las variables *género* y *peso* de los recién nacidos en la prevalencia de lactancia materna al alta.

Cuando se ajusta, mediante un análisis multivariado, por las 3 variables a la vez, ninguna de las variables modifica significativamente dicha probabilidad de lactancia, ni siquiera la talla (**Tabla 36**).

6.2.9 Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido

Tras tomar en consideración las variables que en análisis univariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna al alta, teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido, se objetiva que las variables que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna al alta son (**Tabla 37**): el consumo de tabaco, el número de hijos previos, la lactancia previa y el parto gemelar.

El consumo de tabaco disminuye la probabilidad de lactancia materna alta (OR= 0,298). Es decir, si fumas tienes 3,36 veces menos probabilidades de dar lactancia materna ($1/0,298=3,36$).

El número de hijos previos incrementa dicha probabilidad (OR= 25,9). La lactancia previa incrementa dicha probabilidad de lactancia materna al alta (OR= 24,3). El parto gemelar disminuye dicha probabilidad (OR= 0,02).

Tabla 37: Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido.

Predicción de lactancia materna al alta hospitalaria					
VARIABLE	B	p	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de la madre	0,007	0,935	1,007	0,851	1,192
Nivel de Estudios de la Madre					
Sin estudios/Graduado		0,710	1		
Educación Secundaria	1,280	0,350	3,597	0,246	52,650
Bachiller	0,639	0,634	1,895	0,136	26,390
Formación Profesional	1,568	0,200	4,795	0,436	52,687
Universitarios	0,901	0,481	2,461	0,201	30,090
Consumo de Tabaco	-1,211	0,028	0,298	0,101	0,880
Hipertensión	0,150	0,953	1,162	0,008	178,483
Diabetes	-0,319	0,846	0,727	0,029	18,228
Número de hijos	3,256	0,023	25,949	1,574	427,669
Lactancia previa	3,190	0,000	24,287	4,576	128,901
Asistencia a Educación Maternal	1,333	0,127	3,793	0,686	20,971
Parto Gemelar	-10,961	0,022	0,000	0,000	0,213
Género del recién nacido	1,124	0,123	3,077	0,737	12,851
Peso del Recién Nacido	0,000	0,717	1,000	0,998	1,001

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad, ni el nivel de estudios, ni la comorbilidad medida por antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el sexo o peso del recién nacido (**Tabla 37**).

6.2.10 Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del lactante

Dentro de las variables relacionadas con la primera hora de vida del lactante tras el parto, tras realizar un análisis bivariado, se observa que se asocian estadísticamente el

tipo de lactancia en la primera hora y conocer las causas del no contacto piel con piel con el recién nacido tras el parto (**Tabla 38**).

Respecto al tipo de lactancia tomada en la primera hora de vida, es significativo que la toma fuera de lactancia materna para el seguimiento de este tipo de lactancia (92,8% vs. 49,4%).

Es significativo que el poder conocer las causas por las que no pudieron realizar el contacto piel con piel tras el nacimiento incrementa la probabilidad de lactancia materna al alta (86,0% vs. 64,3%).

Tabla 38: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Información sobre Lactancia durante proceso de parto	n (%)	n (%)	0,621		
No	44/246 (17,9)	202/246 (82,1)		1	
Sí	19/94 (20,2)	75/94 (79,8)		0,9 (0,5-1,6)	
Oferta y ayuda con Lactancia durante el parto	n (%)	n (%)	0,665		
No	16/145 (11,0)	129/145 (89,0)		1	
Sí	20/208 (9,6)	188/208 (90,4)		1,2 (0,6-2,3)	
Tipo de Lactancia en primera toma	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	45/89 (50,6)	44/89 (49,4)		1	1
Lactancia Materna	20/277 (7,2)	257/277 (92,8)		13,1 (7,1-24,3)	4,2 (1,0-17,2)
Primera toma lactancia materna - primeros 50 minutos	n (%)	n (%)	0,071		
No	9/72 (12,5)	63/72 (87,5)		1	
Sí	13/217 (6,0)	204/217 (94,0)		2,2 (0,9-5,5)	
Contacto piel con piel inmediato – Primeros 5 minutos	n (%)	n (%)	0,807		
No	18/103 (17,5)	85/103 (82,5)		1	
Sí	54/291 (18,6)	237/291 (81,4)		0,9 (0,5-1,7)	
Conoce causa de no contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,044		
No	5/14 (35,7)	9/14 (64,3)		1	
Sí	12/86 (14,0)	74/86 (86,0)		3,4 (0,9-11,9)	3,9 (0,9-17,4)
Duración primer contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,136		
Menos de 50 minutos	17/68 (25,0)	51/68 (75,0)		-	
Más de 50 minutos	20/144 (13,9)	124/144 (86,1)			
Hasta primera toma	15/78 (19,2)	63/78 (80,8)			

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la primera hora de vida del lactante respecto a la información sobre lactancia durante el proceso de parto, en la oferta y ayuda con la lactancia durante el parto, el realizar la primera toma en los

primeros 50 minutos de vida, en el contacto piel con piel en los primeros 5 minutos o en la duración del primer contacto piel con piel (**Tabla 38**).

6.2.11 Características la lactancia materna en la en el puerperio inmediato

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables estudiadas durante el puerperio inmediato, hemos encontrado que se asocian estadísticamente las siguientes variables: la descripción por parte de la madre del correcto agarre y posición durante el amamantamiento, la información sobre cómo realizar la extracción de leche manualmente y la información sobre conservación y almacenaje de leche (**Tabla 39**).

Respecto a que las mujeres sean capaces de describir el correcto agarre y posición del lactante durante el amamantamiento se muestra estadísticamente asociado a la prevalencia de lactancia materna al alta (91,9% vs. 78,4%).

Sobre el hecho de haber recibido Información sobre cómo extraer leche de manualmente, se objetiva que el haber recibido este tipo de información incrementa la probabilidad de lactancia materna al alta (94,4% vs. 87,1%).

En la Información sobre la correcta manera de conservación y almacenaje de la leche, se objetiva que hay una asociación estadística entre las madres que sí han recibido este tipo de información (95,3% vs. 87,1%) para que se incremente la lactancia materna al alta.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el puerperio inmediato, como fueron el recibir ayuda con la lactancia materna en las primeras 6 horas de vida, la recibir ayuda para reconocer que el recién nacido estaba listo para amamantar, la información sobre el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, la información sobre la importancia del vínculo materno-filial, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto o el haber permanecido juntos tras el parto (**Tabla 39**).

Tabla 39: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ayuda con lactancia materna - 6 primeras horas	n (%)	n (%)	0,665		
No	16/145 (11,0)	129/145 (89,0)		1	
Sí	20/208 (9,6)	188/208 (90,4)		1,2 (0,6-2,3)	
Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar	n (%)	n (%)	0,106		
No	28/154 (18,2)	126/154 (81,8)		1	
Sí	21/177 (11,9)	156/177 (88,1)		1,7 (0,9-3,0)	
Información sobre correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,542		
No	11/125 (8,8)	114/125 (91,2)		1	
Sí	24/221 (10,9)	197/221 (89,1)		0,8 (0,4-1,7)	
Descripción de correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,010		
No	8/37 (21,6)	29/37 (78,4)		1	
Sí	20/246 (8,1)	226/246 (91,9)		3,1 (1,3-7,7)	2,1 (0,7-5,7)
Información sobre extracción leche manual	n (%)	n (%)	0,032		
No	29/224 (12,9)	195/224 (87,1)		1	
Sí	7/124 (5,6)	117/124 (94,4)		2,5 (1,1-5,9)	1,2 (0,4-3,6)
Información sobre conservación y almacenaje de leche	n (%)	n (%)	0,019		
No	26/202 (12,9)	176/202 (87,1)		1	
Sí	8/149 (5,4)	141/149 (94,6)		2,6 (1,1-5,9)	3,1 (0,9-9,8)
Información sobre vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,239		
No	8/85 (9,4)	77/85 (90,6)		1	
Sí	41/286 (14,3)	245/286 (87,7)		0,6 (0,3-1,4)	
Permanecisteis juntos tras el parto	n (%)	n (%)	0,579		
No	17/112 (15,2)	95/112 (84,8)		1	1
Sí	34/261 (13,0)	227/261 (87,0)		1,2 (0,6-2,2)	1,5 (0,6-3,7)

6.2.12 Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario

Entre las variables estudiadas durante el resto de puerperio hospitalario, tras realizar un análisis bivariado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: haber recibido explicación sobre la necesidad de suplementos en los recién nacidos, en la utilización de chupetes, tetinas y biberones, el recibir publicidad de leche artificial y el alentar a las madres para que alimenten al bebé a demanda (Tabla 40).

Tabla 40: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	0,835		
No	7/82 (8,5)	75/82 (91,5)		1	
Sí	25/269 (9,3)	244/269 (90,7)		0,9 (0,4-2,2)	
Explicación sobre necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	<0,001		
No	13/53 (24,5)	40/53 (75,5)		1	
Sí	10/171 (5,8)	161/171 (94,2)		5,2 (2,1-12,8)	6,4 (2,3-17,9)
Tipo de suplemento administrado	n (%)	n (%)	0,125	-	
Lactancia Artificial	14/148 (9,5)	134/148 (90,5)			
Lactancia Materna	3/19 (15,8)	16/19 (84,2)			
Glucosa	0/37 (0)	37/37 (100)			
Lactancia Artificial + glucosa	2/12 (16,7)	10/12 (83,3)			
Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas	n (%)	n (%)	0,446		
No	41/234 (17,5)	193/234 (82,5)		1	
Sí	20/138 (14,5)	118/138 (85,5)		1,3 (0,7-2,2)	
Utilización de chupetes, tetinas, biberones	n (%)	n (%)	<0,001		
No	10/226 (4,4)	216/226 (95,6)		1	
Sí	56/163 (34,4)	107/163 (65,6)		0,1 (0,04-0,2)	0,2 (0,1-0,6)
Publicidad de leche artificial	n (%)	n (%)	<0,001		
No	51/353 (14,4)	302/353 (85,6)		1	1
Sí	13/32 (40,6)	19/32 (59,4)		0,2 (0,1-0,5)	-
Enseñanza para reconocer signos de hambre	n (%)	n (%)	0,135		
No	38/187 (20,3)	149/187 (79,7)		1	
Sí	28/193 (14,5)	165/193 (85,5)		1,5 (0,9-2,6)	
Enseñanza individual de preparación de leche artificial	n (%)	n (%)	0,192		
No	44/61 (72,1)	17/61 (27,6)		1	
Sí	12/14 (85,7)	2/14 (14,3)		0,4 (0,08-2,1)	
Ánimo para alimentar al bebé a demanda	n (%)	n (%)	0,005		0,7 (0,2-2,7)
No	16/62 (25,8)	46/62 (74,2)		1	
Sí	36/301 (12,)	265/301 (88,0)		2,6 (1,3-4,9)	
Apoyo a la Lactancia a demanda	n (%)	n (%)	0,097		
No	8/101 (7,9)	93/101 (92,1)		1	
Sí	36/250 (14,4)	214/250 (85,6)		0,5 (0,2-1,1)	
Información sobre resolución problemas y personal de apoyo	n (%)	n (%)	0,124		
No	18/179 (10,1)	161/179 (89,9)		1	
Sí	28/181 (15,5)	153/181 (84,5)		0,6 (0,3-1,1)	

Dentro de la variable acerca de la explicación recibida sobre la necesidad de suplementos (a mayores de las tomas de lactancia) se objetiva que en las madres que han recibido estas explicaciones, hay un aumento de prevalencia de lactancia al alta (94,2% vs. 75,5%).

Por otro lado, se objetiva que en las madres que no han utilizado los chupetes, biberones y tetinas, aumenta la prevalencia de lactancia materna al alta (95,6% vs. 65,6%).

Se objetiva que las madres que no han recibido publicidad sobre algún tipo de leche artificial, mantienen un mayor porcentaje de lactancia materna al alta (85,6% vs. 59,4%).

Además, aquellas madres que fueron alentadas durante el puerperio para alimentar al bebé a demanda, mantienen en mayor medida la lactancia materna al alta (88,0% vs. 74,2%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el resto del puerperio en su estancia hospitalaria. Estas variables son las siguientes: la necesidad de suplementos, el tipo de suplemento administrado, la manera de administrar ese suplemento, el recibir información sobre los riesgos de los chupetes, biberones y tetinas, la enseñanza para saber reconocer los signos de hambre de los bebés, la enseñanza individual de preparación de leche artificial, el recibir apoyo a la lactancia a demanda o la información sobre cómo poder solucionar problemas o buscar personal de apoyo tras el alta (**Tabla 40**).

Sin embargo, comentar que la enseñanza sobre cómo reconocer los signos de hambre en los lactantes aumenta la prevalencia de lactancia materna al alta (85,5% vs. 79,7%).

6.2.13 Características de la lactancia materna en unidades especiales de cuidados

Dentro de las variables incluidas en la *estancia en unidades especiales de cuidados* (cuidados intensivos y neonatos), tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que se asocia significativamente con la lactancia materna al alta: el ingreso en una unidad especial y el acceso de los padres a estas unidades sin restricciones (**Tabla 41**).

Tabla 41: Lactancia materna al alta hospitalaria según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ingreso			0,020	0,6 (0,4-0,9)	
No necesidad de ingreso	36/268 (13,4)	232/268 (86,6)			1
Sí necesitó ingreso	25/115 (21,7)	90/115 (78,3%)			
Neonatos	19/96 (19,8)	77/96 (80,2)			0,6(0,3-1,2)
Cuidados Intensivos	6/19 (31,6)	13/19 (68,4)			0,3(0,1-0,9)
Motivo de ingreso	n (%)	n (%)	0,935	-	
Cesárea	8/43 (18,6)	35/43 (81,4)			
Patología Materna	1/6 (16,7)	5/6 (83,3)			
Patología Neonato	12/56 (21,4)	44/56 (78,8)			
Patología en madre y Neonato	0/1 (0)	1/1 (100)			
Cesárea + Patología madre	2/8 (25,0)	6/8 (75,0)			
Cesárea + Patología bebé	0/3 (0)	3/3 (100)			
Motivación para contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,503		
No	9/39 (23,1)	30/39 (76,9)		1	
Sí	16/89 (18,0)	73/89 (82,0)		1,3 (0,5-3,4)	
Apoyo a Inicio de la lactancia materna	n (%)	n (%)	0,070		
No	10/46 (21,7)	36/46 (78,3)		1	
Sí	7/72 (9,7)	65/72 (90,3)		2,6 (0,9-7,4)	
Acceso padres sin restricciones	n (%)	n (%)	0,015		
No	2/32 (6,3)	30/32 (93,8)		1	
Sí	22/82 (26,8)	60/82 (73,2)		0,2 (0,04-0,8)	
Información sobre extracción manual de leche	n (%)	n (%)	1,000		
No	7/58 (12,1)	51/58 (87,9)		1	
Sí	7/58 (12,1)	51/58 (87,9)		1 (0,3-3,1)	

Se objetiva que la no necesidad de ingreso en estas unidades especiales, aumenta la probabilidad de lactancia materna al alta (86,6% vs. 78,3%).

El hecho poder acceder a estas unidades especiales sin restricciones horarias, se asocia al aumento de prevalencia de lactancia al alta (73,2% vs. 93,8%). Es decir, el hecho de no tener restricciones para el acceso a estas unidades, aumenta la prevalencia de lactancia al alta.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante la estancia en unidades especiales: el motivo de ingreso, la motivación recibida para realizar contacto piel con piel, el apoyo para el inicio de la lactancia materna o la información sobre extracción manual de leche (**Tabla 41**).

Respecto al apoyo para el inicio de la lactancia materna, se objetiva que el recibir apoyo en estas unidades aumenta la lactancia materna al alta (90,3% vs. 78,3%).

6.3 Lactancia materna a los 4 meses y diferentes covariables

La prevalencia de lactancia materna en este momento, como previamente se comentó, es del 54,7%, a los 4 meses, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 49,4%.

6.3.1 Características generales de la madre

Las *variables sociodemográficas de la madre* que se asocian en el análisis bivariado a la lactancia materna a los 4 meses son las siguientes: la edad, el nivel de estudios y la situación laboral (**Tabla 42**).

Del mismo modo que sucedía en la lactancia al alta se objetiva que la edad, el nivel de estudios y la situación laboral son diferentes en las madres que realizan lactancia materna a los 4 meses:

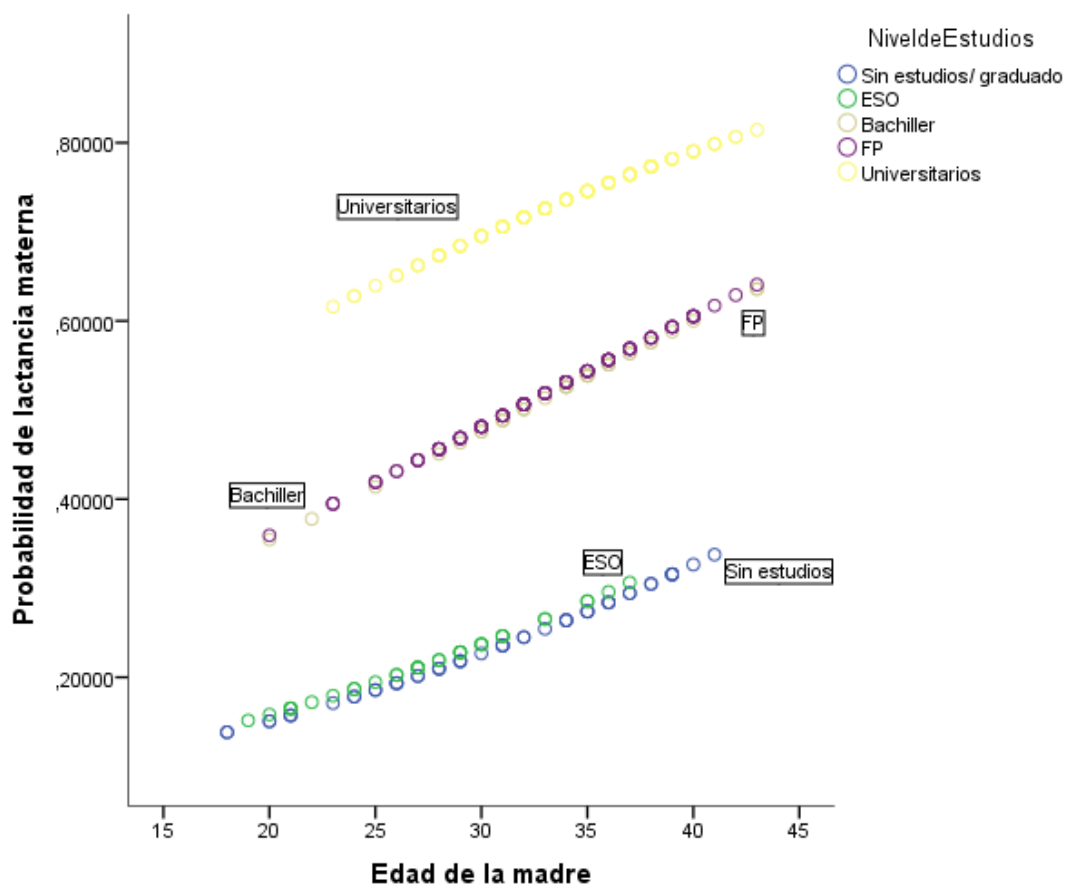
La edad de las madres con lactancia materna es significativamente mayor que las de lactancia artificial ($33,5\pm 4,7$ vs. $31,3\pm 5,4$ años). La prevalencia de lactancia materna se incrementa con la edad.

Tabla 42: Lactancia materna a los 4 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	Media±DT (n)	Media±DT (n)	p	OR crudo	OR ajustado
Edad	31,3±5,4 (163)	33,5±4,7 (197)	<0,001	0,92	1,0 (0,9-1,1)
Rango de edad	n (%)	n (%)	0,008	-	
18-20 años	5/7 (71,4)	2/7 (28,6)			
21-25 años	19/26 (73,1)	7/26 (26,9)			
26-30 años	41/80 (51,2)	39/80 (48,8)			
31-35 años	60/139 (43,2)	79/139 (56,8)			
36-40 años	35/94 (37,2)	59/94 (62,8)			
41-45 años	3/13 (23,1)	10/13 (76,9)			
Más de 46 años	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nacionalidad	n (%)	n (%)	0,904		
Extranjera	7/15 (46,7)	8/15 (53,3)		1	
Española	151/335 (45,1)	184/335 (54,9)		1,1 (0,4-3,0)	
País	n (%)	n (%)	-	-	
España	151/335 (45,1)	184/335 (54,9)			
Brasil	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Perú	0/2 (0)	2/2 (100)			
Colombia	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Paraguay	1/1 (100)	0/1 (0)			
Rumanía	2/2 (100)	0/2 (0)			
República Checa	0/1 (0)	1/1 (100)			
República Dominicana	1/1 (100)	0/1 (0)			
Argentina	1/1 (100)	0/1 (0)			
Francia	0/2 (0)	2/2 (100)			
Venezuela	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Sin estudios	8/8 (100)	0/8 (0)			1
Graduado escolar	21/30 (70,0)	9/30 (30,0)			1
Educación Secundaria	25/32 (78,1)	7/32 (21,9)			0,9 (0,3-3,1)
Bachiller	14/29 (48,3)	15/29 (51,7)			2,9 (0,9-8,7)
Formación Profesional	53/109 (48,6)	56/109 (51,4)			2,9 (1,2-6,9)
Universitarios	37/38 (26,8)	101/138 (73,2)			7,2 (3,0-17,3)
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,011		
No	64/116 (55,2)	52/116 (44,8)		1	
Sí	92/226 (40,7)	134/226 (59,3)		1,8 (1,1-2,8)	1,0 (0,6-1,7)

En cuanto al *nivel de estudios* de la madre, se objetiva que dicha prevalencia se incrementa a medida que aumenta el nivel de estudios. La prevalencia de madres universitarias es del 73,2%. La relación entre la edad, el nivel de estudio y la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses se muestra en la **Figura 10**.

Figura 10: Probabilidad de lactancia materna a los 4 meses según edad y nivel de estudios de la madre



En la *situación laboral de la madre*, se objetiva que el porcentaje de lactancia materna es discretamente superior en las mujeres que trabajan que las que están desempleadas (59,3% vs. 44,8%).

No hemos encontrado asociación entre la lactancia materna a los 4 meses y la nacionalidad.

La relación entre el país, el municipio de residencia y el centro de salud se muestra en las **Tablas 42 y 43**.

Tabla 43: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR Crudo	OR ajustado
Municipio de Residencia	n (%)	n (%)	-	-	
Ferrol	51/115 (44,3)	64/115 (55,7)			
Narón	41/9 (45,6)	49/90 (54,4)			
Neda	5/8 (62,5)	3/8 (37,5)			
Valdoviño	2/6 (33,3)	4/6 (66,7)			
A Coruña	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
Fene	5/13 (38,5)	8/13 (61,5)			
As Pontes	6/20 (30,0)	14/20 (70,0)			
Ares	0/4 (0)	4/4 (100)			
Pontevedeume	2/16 (12,5)	14/16 (87,5)			
Miño	2/2 (100)	0/2 (0)			
Cedeira	5/10 (50,0)	5/10 (50,0)			
Cariño	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
Mugardos	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
San Saturnino	2/5 (40,0)	3/5 (60,0)			
Ortigueira	2/6 (33,3)	4/6 (66,7)			
A Capela	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Moeche	2/2 (100)	0/2 (0)			
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)			
O Barqueiro	2/2 (100)	0/2 (0)			
Guitiriz	0/1 (0)	1/1 (100)			
Cabañas	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Cerdido	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Centro de Salud	n (%)	n (%)	-	-	
Ferrol	43/96 (44,8)	53/96 (55,2)			
Narón	39/86 (45,3)	47/86 (54,7)			
Neda	7/10 (70,0)	3/10 (30,0)			
Valdoviño	2/6 (33,3)	4/6 (66,7)			
A Coruña	2/2 (100)	0/2 (0)			
Fene	5/10 (33,3)	10/15 (66,7)			
As Pontes	6/19 (31,6)	13/19 (68,4)			
Ares	1/5 (20,0)	4/5 (80,0)			
Consulta Arq. Marcide	4/8 (50,0)	4/8 (50,0)			
Pontevedeume	3/19 (15,8)	16/19 (84,2)			
Cedeira	5/11 (45,5)	6/11 (54,5)			
Cariño	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
Mugardos	3/6 (66,7)	3/6 (33,3)			
San Saturnino	2/5 (40,0)	3/5 (60,0)			
Ortigueira	3/6 (40,0)	3/6 (60,0)			
A Capela	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)			
Servicio Privado	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cerdido	2/2 (100)	0/2 (0)			

Si se tiene en consideración la edad de la gestante, el nivel de estudios y la situación laboral, tras realizar un análisis multivariado, se observa que la única variable que tiene un efecto independiente para predecir la lactancia materna es el nivel de estudios. El nivel de formación profesional respecto a los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna (OR= 2,9). Los estudios universitarios en comparación a los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna (OR= 7,2) (Tabla 42).

6.3.2 Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que las variables *situación laboral de la pareja y nivel de estudios de la pareja*, así como el número de personas en el núcleo familiar, no se asocian significativamente con la lactancia materna a los 4 meses (Tabla 44).

Tabla 44: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,082		
Desempleado	21/50 (42,0)	29/50 (58,0)		1	
Activo	63/215 (29,3)	152/215 (70,7)		1,7 (0,9-3,3)	1,7 (0,9-3,4)
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	0,161	-	
Sin estudios	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			1
Graduado escolar	13/44 (29,5)	31/44 (70,5)			1
Educación Secundaria	9/23 (39,1)	14/23 (60,9)			0,7 (0,3-2,2)
Bachiller	12/31 (38,7)	19/31 (61,3)			0,7 (0,3-1,9)
Formación Profesional	24/72 (33,3)	48/72 (66,7)			0,8 (0,4-1,9)
Universitarios	15/77 (19,5)	62/77 (80,5)			1,7 (0,7-3,9)
Número de personas en el núcleo familiar					
Núcleo Familiar cohabitantes	Media±DT (n)	Media±DT (n)	0,090	-	1,2 (0,9-1,8)
	n (%)	n (%)			
2	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
3	46/142 (32,4)	96/142 (67,6)			
4	26/100 (26,0)	74/100 (74,0)			
5	3/20 (15,0)	17/20 (85,0)			
6	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
7	0/1 (0)	1/1 (100)			

Sin embargo, se observa una mayor prevalencia de lactancia materna en las parejas con estudios universitarios (80,5%).

Cuando ajustamos mediante un análisis multivariado por *la situación laboral, el nivel de estudios de la pareja y el núcleo familiar* objetivamos que ninguna de estas variables se asocia con una mayor prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (**Tabla 44**).

6.3.3 Características de la comorbilidad de la madre

Se encuentra asociación estadística, tras realizar un análisis bivariado, entre la lactancia materna a los 4 meses y las siguientes variables: el *consumo de tabaco* y, entre las patologías: la diabetes mellitus de los *antecedentes médicos* y adenoidectomía/amigdalectomía de los *antecedentes quirúrgicos* (**Tabla 45**).

Se objetiva que las madres fumadoras presentan menor prevalencia de lactancia materna que las no fumadoras (36,4% vs. 57,2%).

La presencia de diabetes disminuye de forma significativa la prevalencia de lactancia materna (20,0% vs. 56,0%), la misma tendencia se objetiva con la hipertensión (54,8% vs. 44,4%), pero esta diferencia no llega a ser significativa.

Por lo que respecta a los antecedentes quirúrgicos, se objetiva que las mujeres que sufrieron una adenoidectomía/amigdalectomía, presentan una prevalencia de lactancia materna mayor a los 4 meses (77,3% vs. 52,9%).

Tabla 45: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial		Lactancia Materna		Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR crudo	OR ajustado		
Consumo de Tabaco			0,006	-			
No	107/250 (42,8)	143/250 (57,2)		1	1		
Sí	42/66 (63,6)	24/66 (36,4)	0,003	0,43	0,4 (0,3-0,8)		
Ex - Fumadora	10/27 (37)	17/27 (63)	0,56	1,27	1,5 (0,6-3,4)		
Antecedentes Médicos			0,129	0,7 (0,5-1,1)			
Hipertensión	No	89/211 (42,2)	122/211 (57,8)	0,540	0,6 (0,2-2,5)	0,9 (0,2-3,9)	
	Sí	73/145 (50,3)	72/145 (49,7)				
Síndrome Ansioso-depresivo	No	157/347 (45,2)	190/347 (54,8)	0,772	0,8 (0,2-2,9)		
	Sí	5/9 (55,6)	4/9 (44,4)				
Rinitis Alérgica	No	157/346 (45,4)	189/346 (54,6)	0,662	1,2 (0,4-3,6)		
	Sí	5/10 (50,0)	5/10 (50,0)				
Asma Bronquial	No	156/341 (45,7)	185/341 (54,3)	0,275	0,6 (0,3-1,4)		
	Sí	6/15 (40,0)	9/15 (60,0)				
Diabetes Mellitus	No	145/325 (44,6)	180/325 (55,4)	0,006	0,2 (0,1-0,7)	0,2 (0,1-0,8)	
	Sí	17/31 (54,8)	14/31 (45,2)				
Hipotiroidismo	No	150/341 (44,0)	191/341 (56,0)	0,566	1,3 (0,6-2,9)		
	Sí	12/15 (80,0)	3/15 (20,0)				
Antecedentes Quirúrgicos	No	152/331 (45,9)	179/331 (54,1)	0,755	1,1 (0,7-1,6)		
	Sí	10/25 (40,0)	15/25 (60,0)				
Apendicetomía	No	62/139 (44,6)	77/139 (55,4)	0,597	1,4 (0,4-4,2)		
	Sí	100 (46,3)	116/216 (53,7)				
Adenoidectomía / Amigdalectomía	No	157/342 (45,9)	185/342 (54,1)	0,026	3,0 (1,1-8,4)	2,8 (0,9-7,9)	
	Sí	5/13 (38,5)	8/13 (61,5)				
Legrado	No	157/333 (47,1)	176/333 (52,9)	0,792	1,1 (0,5-2,7)		
	Sí	5/22 (22,7)	17/22 (77,3)				
Cesárea	No	153/334 (45,8)	181/334 (54,2)	0,969	0,9 (0,3-2,9)		
	Sí	9/21 (42,9)	12/21 (57,1)				
	No	156/342 (45,6)	186/342 (54,4)				
	Sí	6/13 (46,2)	7/13 (53,8)				

Cuando ajustamos por exposición al tabaco, antecedentes de hipertensión, diabetes, adenoidectomía/amigdalectomía, objetivamos que las variables consumo de tabaco (OR= 0,4) y diabetes mellitus (OR= 0,2) modifican significativamente la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses (**Tabla 45**). El consumo de tabaco y la presencia de diabetes disminuyen la probabilidad de lactancia materna.

6.3.4 Características de los antecedentes obstétricos de la madre

En el análisis bivariado, se objetiva que entre las variables relacionadas con los antecedentes obstétrico, el tipo de *lactancia previa* modifica de forma significativamente la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (**Tabla 46**).

De esta manera, se observa que las mujeres que en partos previos habían realizado lactancia materna, en el 67,5% de los casos continúan dando lactancia materna tras el parto actual (OR= 18,0).

No modifican dicha probabilidad ni los partos anteriores, ni las gestaciones previas, ni el número de partos previos, ni el número de hijos, aunque se objetiva una discreta tendencia a dar lactancia materna, en las mujeres con más hijos.

Tabla 46: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Partos Anteriores	n (%)	n (%)	0,709	1 1,1 (0,7-1,7)	
No	95/209 (45,5)	114/209 (54,5)			
Sí	63/145 (43,4)	82/145 (56,6)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Gestaciones previas	1,6±0,7 (105)	1,6±0,9 (139)	0,906	-	
	n (%)	n (%)	0,296	0,98 (0,7-1,3)	
1	51/132 (38,6)	81/132 (61,4)			
2	45/87 (51,7)	42/87 (48,3)			
3	8/19 (42,1)	11/19 (57,9)			
4	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)			
5	0/1 (0)	1/1 (100)			
6	0/1 (0)	1/1 (100)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Partos previos	1,2±0,5 (77)	1,3±0,6 (138)	0,406	1,4 (0,8-2,4)	
	n (%)	n (%)			
1	61/159 (38,4)	98/159 (61,6)			
2	14/51 (27,5)	37/51 (72,5)			
3	2/4 (50)	2/4 (50)			
5	0/1 (0)	1/1 (100)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Hijos Previos	1,2±0,5 (81)	1,3±0,6 (132)	0,602	1,38 (0,8-2,3)	1,5 (0,8-3,1)
	n (%)	n (%)			
1	64/159 (40,3)	95/159 (59,7)			
2	15/48 (31,3)	33/48 (68,8)			
3	2/4 (50)	2/4 (50)			
4	0/1 (0)	1/1 (100)			
5	0/1 (0)	1/1 (100)			
Lactancia partos Anteriores	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	6/29 (89,7)	3/29 (10,3)		1	1
Lactancia Materna	37/114 (32,5)	77/114 (67,5)		18,0 (5,1-63,4)	15,1 (4,2-54,1)

Si ajustamos en un modelo multivariado de regresión por número de hijos y lactancia materna previa, se aprecia que la lactancia previa es la que modifica significativamente la lactancia materna a los 4 meses (OR= 15,1) (Tabla 46).

6.3.5 Opiniones previas al parto

Tras realizar un análisis bivariado, en cuanto a las *opiniones previas al parto*, se objetiva que afectan a la decisión de lactancia a los 4 meses, puesto que tanto las opiniones previas de las madres, de sus parejas y de otras madres que conocen se asocian estadísticamente con la lactancia materna (**Tabla 47**).

Tabla 47: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Opinión Madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	0,6 (0,1-2,4)
Lactancia Artificial	27/28 (96,4)	1/28 (3,6)			
Lactancia Materna Exclusiva	106/297 (35,7)	191/297 (64,3)			
Lactancia Parcial	11/12 (91,7)	1/12 (8,3)			
Opinión Pareja	n (%)	n (%)	<0,001	-	1
Lactancia Artificial	33/35 (94,3)	2/35 (5,7)			
Lactancia Materna Exclusiva	96/274 (35,0)	178/274 (65,0)			56,9 (5,8-558,1)
Lactancia Parcial	14/21 (66,7)	7/21 (33,3)			26,0 (1,6-421,4)
Opinión de otras madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	2,5 (1,5-4,0)
Lactancia Artificial	39/63 (61,9)	24/63 (38,1)			
Lactancia Materna Exclusiva	91/207 (44,0)	116/207 (56,0)			
Lactancia Parcial	2/38 (5,3)	36/38 (94,7)			

En el caso de la opinión de las madres, prefieren la opción inicial de la lactancia materna exclusiva (64,3%), al igual que sus parejas (65,0%), mientras que otras madres prefieren la lactancia parcial (94,7%).

Cuando se ajusta en un modelo multivariado por la opinión de las madres, de la pareja y de la opinión de otras madres, se objetiva que las variables predictivas de lactancia materna a los 4 meses son la opinión de la pareja respecto a la lactancia materna exclusiva (OR= 56,9) y de la lactancia parcial (OR= 26,0), así como la opinión de otras madres que conocen (OR= 2,5) (**Tabla 47**). La opinión de las propias madres no se muestra como variable independiente que prediga la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses.

6.3.6 Características de la educación maternal

Dentro de las variables de *educación maternal*, tras realizar un análisis bivariado, se observa que la oferta de clases de educación maternal y la asistencia a educación maternal se asocia significativamente a la decisión de lactancia materna a los 4 meses, en el sentido que incrementan la probabilidad de dar lactancia materna a los 4 meses (**Tabla 48**).

De los que acudieron a la educación maternal ninguna de las variables formativas se asocian a la decisión de lactancia materna a los 4 meses.

Tabla 48: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de Educación Materna. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Control de Embarazo en Centro de Salud Habitual	n (%)	n (%)	0,650		
No	9/18 (50,0)	9/18 (50,0)		1	
Sí	151/339 (44,5)	188/339 (55,5)		1,2 (0,5-3,2)	
Oferta en Centro de Salud habitual	n (%)	n (%)	0,013		
No	27/43 (62,8)	16/43 (37,2)		1	
Sí	135/316 (42,7)	181/316 (57,3)		2,3 (1,2-4,4)	1,4 (0,7-2,9)
Asistencia a Educación Maternal	n (%)	n (%)	<0,001		
No	75/119 (63,0)	44/119 (37,0)		1	1
Sí	87/239 (36,4)	152/239 (63,6)		2,9 (1,9-4,7)	2,7 (1,7-4,5)
Actividades aprendidas u ofertadas en las clases de Educación Maternal					
Información sobre lactancia materna	n (%)	n (%)	0,919		
No	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)		1	
Sí	85/235 (36,2)	150/235 (63,8)		0,9 (0,1-9,9)	
Información sobre contacto precoz piel con piel	n (%)	n (%)	0,185		
No	1/1 (100)	0/1 (0)		-	
Sí	86/238 (36,1)	152/238 (63,9)			
Información sobre alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,927		
No	6/17 (35,3)	11/17 (64,7)		1	
Sí	75/206 (36,4)	131/206 (63,6)		0,9 (0,3-2,7)	
Publicidad de leche artificial	n (%)	n (%)	0,405		
No	74/203 (36,5)	129/203 (63,5)		1	
Sí	7/25 (28,0)	18/25 (72,0)		1,5 (0,6-3,7)	
Enseñanza sobre preparación biberón leche artificial	n (%)	n (%)	0,410		
No	73/210 (34,8)	137/210 (65,2)		1	
Sí	8/18 (44,4)	10/18 (55,6)		0,7 (0,3-1,8)	
Petición Individual preparación biberón leche artificial	n (%)	n (%)	0,531		
No	132/301 (43,9)	169/301 (56,1)		1	
Sí	14/28 (50,0)	14/28 (50,0)		0,8 (0,4-1,7)	

No se ha encontrado asociación significativa con la lactancia materna a los 4 meses en las variables control del embarazo en su centro de salud habitual, en la información proporcionada sobre lactancia materna, información sobre contacto precoz piel con piel, información sobre alojamiento conjunto, falta de publicidad de leche artificial y la falta de enseñanza sobre la preparación de biberón de leche artificial (**Tabla 48**).

Destaca el amplio porcentaje de madres que continúan con lactancia materna y fueron informadas de la importancia del contacto precoz piel con piel (63,9%) o que, a pesar de haber sido informadas de publicidad de leche artificial, continúan con lactancia materna (72,0% vs. 63,5%).

Si se ajustan estas 2 variables mediante un análisis multivariado de regresión, se objetiva que la asistencia a educación maternal se muestra como variable independiente que predice la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses, en el sentido que la asistencia a estas clases aumenta por 2,7 veces dicha probabilidad (OR= 2,7) (**Tabla 48**).

6.3.7 Características del parto

Respecto a las *características del parto*, al igual que al alta hospitalaria, tras el análisis bivariado, se objetiva que ni el parto gemelar ni el tipo de parto se asocian de forma significativa con la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (**Tabla 49**).

Tabla 49: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Parto Gemelar	n (%)	n (%)	0,531		
No	157/349 (45,0)	192/349 (55,0)		1	
Sí	6/11 (54,5)	5/11 (45,5)		0,7 (0,2-2,3)	0,7 (0,2-2,5)
Tipo de Parto	n (%)	n (%)	0,075	-	
Quirúrgico	42/76 (55,3)	34/76 (44,7)			1
Eutócico	86/197 (43,1)	112/197 (56,9)			1,6 (0,9-2,8)
Instrumental	27/74 (36,5)	47/74 (63,5)			2,1 (1,1-4,1)

Aunque no se observan diferencias significativa entre el parto gemelar y la decisión de lactancia materna a los 4 meses, se verifica que las madres con partos gemelares

deciden en menor medida mantener lactancia materna a los 4 meses que las que tienen un parto único (45,5% vs. 55,0%).

Aun así, destaca un mayor porcentaje de madres con partos instrumentales, que siguen con lactancia materna (63,5%).

Tras ajustar mediante un análisis multivariado, por la presencia o no de parto gemelar y el tipo de parto, objetivamos que la variable con un efecto independiente para predecir lactancia materna a los 4 meses es la presencia de parto instrumental (OR=2,1), donde dicha presencia aumenta dicha probabilidad en comparación con el grupo de referencia que es el parto quirúrgico (**Tabla 49**).

6.3.8 Características del recién nacido

Tras realizar un análisis bivariado con las *características del recién nacido*, se objetiva que existen diferencias significativas en el género de los recién nacidos y la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses. Dicha prevalencia es mayor en el género femenino (61,5%vs. 50,8%) (**Tabla 50**).

No se han encontrado diferencias significativas en las variables peso o talla de los recién nacidos al nacer en la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses, donde las medias son similares en ambos tipos de lactancias.

Tabla 50: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Género			0,044		
Femenino	6/156 (38,5)	96/156 (61,5)		1	1
Masculino	96/195 (49,2)	99/195 (50,8)		0,7 (0,4-0,9)	0,5 (0,3-0,9)
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Peso (Gramos)	3257,9±548,4 (160)	3270±509,7 (197)	0,819	-	0,9 (0,9-1)
Talla (Centímetros)	49,15±2,4 (64)	49,2±2,3 (150)	0,817	-	1,2 (0,9-1,5)

Cuando se ajusta por las 3 variables a la vez (género, peso y talla de los recién nacidos), la variable género modifica significativamente la probabilidad de lactancia de lactancia

materna a los 4 meses (OR= 0,5) (**Tabla 50**). La presencia de recién nacidos de género masculino disminuye dicha prevalencia.

6.3.9 Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y primera hora de vida del lactante

Al ajustar por todas estas variables se objetiva que la lactancia materna a los 4 meses del parto se asocia significativamente con las siguientes variables: nivel de estudios, la lactancia previa, la asistencia a clases, el género del recién nacido. Encontrándose el tipo de lactancia en la primera toma en límite de la significación estadística (**Tabla 51**).

Tabla 51: Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y Lactancia en la primera toma.

Predicción de lactancia materna a los 4 meses					
VARIABLE	B	p	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de la madre	0,134	0,094	1,144	0,977	1,338
Nivel de Estudios de la Madre					
Sin estudios/Graduado		0,141	1		
Educación Secundaria	1,266	0,347	3,546	0,253	49,710
Bachiller	0,990	0,409	2,691	0,256	28,249
Formación Profesional	1,473	0,171	4,361	0,530	35,871
Universitarios	2,493	0,024	12,097	1,395	104,902
Consumo de tabaco	-0,699	0,113	0,497	0,209	1,180
Diabetes	-0,877	0,625	0,416	0,012	14,020
Hipertensión	1,138	0,469	3,120	0,144	67,830
Lactancia previa	1,805	<u>0,058</u>	6,081	0,939	39,383
Asistencia a Educación Maternal	1,121	0,050	3,069	1,000	9,420
Parto Gemelar	-0,316	0,836	0,729	0,037	14,474
Tipo de Parto					
Quirúrgico		0,854	1		
Espontáneo	-0,394	0,697	0,674	0,093	4,901
Instrumental	-0,829	0,575	0,436	0,024	7,917
Género del recién nacido	-0,004	0,994	0,996	0,329	3,011
Lactancia en 1ª toma	2,291	0,040	9,883	1,112	87,831

El nivel de estudios de la madre aumenta la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses (OR=12,097).

La lactancia previa incrementa dicha probabilidad de lactancia materna a los 4 meses (OR=6,1).

La asistencia a educación maternal, incrementa las probabilidades de lactancia materna (OR= 3,1).

El género del recién nacido aumenta dicha probabilidad (OR= 9,88).

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad de la madre, ni el nivel de estudios de la madre, ni la comorbilidad medida por antecedentes de hipertensión y diabetes ni el parto gemelar, ni el tipo de parto ni el tipo de lactancia en la 1ª toma (**Tabla 52**).

6.3.10 Características de la primera hora de vida del lactante

Tras realizar un análisis bivariado, dentro de las variables relacionadas con la *primera hora de vida del lactante tras el parto*, se objetiva que están asociadas estadísticamente el tipo de lactancia en la primera hora y la duración del primer contacto piel con piel tras el parto (**Tabla 52**).

Respecto al tipo de lactancia tomada en la primera hora de vida de recién nacido es significativo que la 1ª toma fuera de lactancia materna para el seguimiento de este tipo de lactancia a los 4 meses de vida (96,4% vs. 49,4%).

Se objetiva que la duración de más de 50 minutos en su primer contacto piel con piel, aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (64,8% vs. 41,0%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la primera hora de vida del lactante respecto a la información sobre lactancia durante el proceso de parto, en la oferta y ayuda con la lactancia durante el parto, el realizar la primera toma en los primeros 50 minutos de vida o en el contacto piel con piel en los primeros 5 minutos (**Tabla 52**).

Tabla 52: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Información sobre Lactancia durante proceso de parto	n (%)	n (%)	0,516		
No	98/214 (45,8)	116/214 (54,2)		1	
Sí	38/91 (41,8)	53/91 (58,2)		1,2 (0,7-1,9)	
Oferta y ayuda con Lactancia durante el parto	n (%)	n (%)	0,915		
No	47/124 (37,9)	77/124 (62,1)		1	
Sí	72/187 (38,5)	115/187 (61,5)		0,9 (0,6-1,6)	
Tipo de lactancia en primera toma	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	45/89 (50,6)	44/89 (49,4)		1	1
Lactancia Materna	10/275 (3,6)	265/275 (96,4)		5,1 (2,9-8,7)	11,8 (4,7-29,8)
Primera toma lactancia materna en primeros 50 minutos	n (%)	n (%)	0,138		
No	25/61 (41,0)	36/61 (59,0)		1	
Sí	58/189 (30,7)	131/189 (69,3)		1,6 (0,9-2,8)	
Contacto piel con piel inmediato – Primeros 5 minutos	n (%)	n (%)	0,104		
No	50/96 (52,1)	46/96 (47,9)		1	
Sí	109/257 (42,4)	148/257 (57,6)		1,5 (0,9-2,4)	
Conoce causa de no contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,158		
No	9/13 (69,2)	4/13 (30,8)		1	
Sí	38/79 (48,1)	41/79 (51,9)		2,4 (0,7-8,5)	
Duración Primer contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,006	-	1,2 (0,8-1,8)
Menos de 50 minutos	36/61 (59,0)	25/61 (41,0)			
Más de 50 minutos	43/122 (35,2)	79/122 (64,8)			
Hasta primera toma	27/73 (37,0)	46/73 (63,0)			

No es significativo que el poder mantener el contacto piel con piel en los primeros 5 minutos tras el nacimiento incrementa la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses de edad del lactante, pero se aprecia un aumento de la prevalencia en las madres que sí lo pudieron realizar (57,6% vs. 47,9%), así como en aquellas que conocían la causa por las que no pudieron realizar (51,9% vs. 30,8%).

6.3.11 Características la lactancia materna en el puerperio inmediato

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables estudiadas durante el *puerperio inmediato* a los 4 meses, hemos encontrado que se asocian estadísticamente las siguientes: recibir ayuda para reconocer que el bebé está listo para amamantar y permanecer juntos tras el parto (**Tabla 53**).

Tabla 53: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ayuda con lactancia materna 6 primeras horas	n (%)	n (%)	0,915		
No	47/124 (37,9)	77/124 (62,1)		1	
Sí	72/187 (38,5)	115/187 (61,5)		0,9 (0,6-1,6)	
Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar	n (%)	n (%)	0,005		1,5 (0,8-3,1)
No	70/139 (50,4)	69/139 (49,6)		1	
Sí	52/153 (34,0)	101/153 (66,0)		1,9 (1,2-3,2)	
Información sobre correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,499		
No	39/107 (36,4)	68/107 (63,6)		1	
Sí	80/198 (40,4)	118/198 (59,6)		0,8 (0,5-1,4)	
Descripción de correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,164		0,9 (0,4-2,4)
No	15/31 (48,4)	16/31 (51,6)		1	
Sí	77/217 (35,5)	140/217 (64,5)		1,7 (0,8-3,6)	
Información sobre extracción leche manual	n (%)	n (%)	0,348		1,4 (0,8-2,7)
No	82/200 (41,0)	118/200 (59,0)		1	
Sí	38/107 (35,5)	69/107 (64,5)		1,3 (0,8-2,1)	
Información sobre conservación y almacenaje de leche	n (%)	n (%)	0,693		
No	70/178 (39,3)	108/178 (60,7)		1	
Sí	49/132 (37,1)	83/132 (62,9)		1,1 (0,7-1,7)	
Información sobre vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,451		
No	28/74 (37,8)	46/74 (62,2)		1	
Sí	109/255 (42,7)	146/255 (57,3)		0,8 (0,5-1,4)	
Permanecisteis juntos tras el parto	n (%)	n (%)	0,004		
No	54/101 (53,5)	47/101 (46,5)		1	1
Sí	83/228 (36,4)	145/228 (63,6)		2,0 (1,3-3,2)	2,3 (1,1-4,8)

Se objetiva que las madres que recibieron ayuda para reconocer que el bebé estaba listo para amamantar, presentan mayor prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (66% vs. 49,6%).

En el caso de las madres que permanecieron junto a sus bebés, también se observa una mayor prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (63,6% vs. 46,5%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el puerperio inmediato, como fueron el recibir ayuda con la lactancia materna en las primeras 6 horas de vida, la información y posterior descripción sobre el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, la

información sobre la importancia del vínculo materno-filial, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto (**Tabla 53**).

6.3.12 Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario

Entre las variables estudiadas durante el resto de *puerperio hospitalario*, tras realizar un análisis univariado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: haber necesitado suplementos y haber recibido explicación sobre la necesidad de suplementos en los lactantes y la utilización de chupetes, tetinas y biberones (**Tabla 54**).

Se objetiva que en aquellos casos en los que los recién nacidos no necesitaron suplementos existe una mayor prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (76,1% vs. 58,6%).

Esta prevalencia es mucho mayor en el caso en el que se explicara la necesidad de por qué necesitaron los suplementos a las madres (95,3% vs. 75,5%).

Por otro lado, al igual que al alta, se objetiva que en las madres que no han utilizado los chupetes, biberones y tetinas, aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 4 meses (36,4% vs. 70,4%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el resto del puerperio en su estancia hospitalaria. Estas variables son las siguientes: el tipo de suplemento administrado, la manera de administrar ese suplemento, el recibir información sobre los riesgos de los chupetes, biberones y tetinas, la enseñanza para saber reconocer los signos de hambre de los bebés, la enseñanza individual de preparación de leche artificial, recibir publicidad de leche artificial, el recibir apoyo a la lactancia a demanda o la información sobre cómo poder solucionar problemas o buscar personal de apoyo tras el alta (**Tabla 54**).

Tabla 54: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	0,008		
No	17/71 (23,9)	54/71 (76,1)		1	
Sí	99/239 (41,4)	140/239 (58,6)		0,4 (0,2-0,8)	0,5 (0,3-0,9)
Explicación sobre necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	0,091		
No	13/53 (24,5)	40/53 (75,5)		1	
Sí	8/169 (4,7)	161/169 (95,3)		1,7 (0,9-3,3)	
Tipo de suplemento administrado	n (%)	n (%)	0,220	-	
Lactancia Materna	9/18 (50,0)	9/18 (50,0)			
Lactancia Artificial	57/128 (44,5)	71/128 (55,5)			
Glucosa	9/33 (27,3)	24/33 (72,7)			
Lactancia Artificial + glucosa	6/11 (54,5)	5/11 (45,5)			
Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas	n (%)	n (%)	0,938		
No	90/209 (43,1)	119/209 (56,9)		1	
Sí	52/122 (42,6)	70/122 (57,4)		1,0 (0,6-1,6)	
Utilización de chupetes, tetinas, biberones	n (%)	n (%)	<0,001		
No	30/103 (29,6)	143/203 (70,4)		1	
Sí	91/143 (63,6)	52/143 (36,4)		0,2 (0,2-0,4)	0,4 (0,2-0,7)
Publicidad de leche artificial	n (%)	n (%)	0,062		
No	132/312 (42,3)	180/312 (57,7)		1	1
Sí	18/30 (60,0)	12/30 (40,0)		0,5 (0,2-1,0)	1,1 (0,4-3,1)
Enseñanza para reconocer signos de hambre	n (%)	n (%)	0,914		
No	73/164 (44,5)	91/164 (55,5)		1	
Sí	76/173 (43,9)	97/173 (56,1)		1,0 (0,7-1,6)	
Enseñanza individual de preparación de leche artificial	n (%)	n (%)	0,333		
No	132/301 (43,2)	169/301 (56,1)		1	
Sí	14/28 (50,0)	14/28 (50,0)		0,8 (0,4-1,7)	
Ánimo para alimentar al bebé a demanda	n (%)	n (%)	0,102		1,0 (0,5-2,0)
No	29/56 (51,8)	27/56 (48,2)		1	
Sí	105/263 (39,9)	158/263 (60,1)		1,6 (0,9-2,9)	
Apoyo para Lactancia a demanda	n (%)	n (%)	0,215		
No	32/90 (35,6)	58/90 (64,4)		1	
Sí	95/220 (43,2)	125/220 (56,8)		0,7 (0,4-1,2)	
Información sobre resolución problemas y personal de apoyo	n (%)	n (%)	0,258		
No	58/154 (37,7)	96/154 (62,3)		1	
Sí	72/164 (43,9)	92/164 (56,1)		0,8 (0,5-1,2)	

Se debe tener en cuenta que aquellas madres que fueron alentadas durante el puerperio para alimentar al bebé a demanda, mantienen en mayor medida la lactancia materna a los 4 meses (60,1% vs. 48,2%).

Además, en aquellas madres que no han recibido publicidad sobre algún tipo de leche artificial, mantienen un mayor porcentaje de lactancia materna a los 4 meses (86% vs. 59,4%).

6.3.13 Características de la lactancia materna en unidades especiales de cuidados

Tras realizar un análisis bivariado, dentro de las variables incluidas en la *lactancia en unidades especiales de cuidados* se asocia estadísticamente con la lactancia materna a los 4 meses la variable *Ingreso en Unidad Especial* (**Tabla 55**).

Las madres cuyos recién nacidos no necesitaron ingreso en alguna de las unidades especiales de cuidados, presentan un mayor porcentaje de lactancia materna a los 4 meses (61,6% vs. 44,7%).

No se asocian estadísticamente ninguna de las restantes variables, como son motivo de ingreso, motivación para el contacto piel con piel, apoyo para el inicio de la lactancia, acceso de los padres sin restricciones o Información sobre la extracción manual de leche (**Tabla 55**).

Tabla 55: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ingreso	n (%)	n (%)	0,001	-	
No necesitó ingreso	91/237 (38,4)	146/237 (61,6)		1	
Sí necesitó ingreso	57/103 (55,3)	46/103 (44,7)			
Neonatos	44/87 (50,6)	43/87 (49,4)		0.61 (0,4-0,9)	
Cuidados Intensivos	13/16 (81,25)	3/16 (18,75)		0,14 (0,04-0,5)	
Motivo de ingreso	n (%)	n (%)	0,382	-	
Cesárea	21/38 (55,3)	17/38 (44,7)			
Patología Materna	3/5 (60,0)	2/5 (40,0)			
Patología Neonato	24/50 (48,0)	26/50 (52,0)			
Patología en madre y Neonato	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cesárea + Patología madre	7/8 (87,5)	1/8 (12,5)			
Cesárea + Patología bebé	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Motivación para contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,311		
No	19/39 (41,8)	20/39 (51,3)		1	
Sí	44/75 (58,7)	31/75 (41,3)		0,7 (0,3-1,5)	
Apoyo a inicio de la lactancia materna	n (%)	n (%)	0,604		
No	21/43 (48,8)	22/43 (51,2)		1	
Sí	34/63 (54,0)	29/63 (46,0)		0,8 (0,4-1,8)	
Acceso padres sin restricciones	n (%)	n (%)	0,211		
No	10/23 (43,5)	13/23 (56,5)		1	
Sí	46/79 (58,2)	33/79 (41,8)		0,6 (0,2-1,4)	
Información sobre extracción manual de leche	n (%)	n (%)	0,924		
No	27/53 (50,5)	26/53 (49,1)		1	
Sí	25/50 (50,0)	25/50 (50,0)		1,0 (0,5-2,2)	

6.3.14 Características de la lactancia materna al Alta

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de *lactancia al alta hospitalaria* para mantener la lactancia a los 4 meses (Tabla 56).

Tabla 56: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia al alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia al Alta Hospitalaria	n (%)	n (%)	<0,001	88,1 (21,1-367,5)	
Lactancia Artificial	72/73 (98,6)	1/73 (1,4)			
Lactancia materna Exclusiva	53/234 (22,6)	181/234 (77,4)			
Lactancia Parcial	27/39 (69,2)	12/39 (30,8)			

Se objetiva que aquellas mujeres que dan lactancia materna exclusiva al alta, presentan mayor prevalencia de continuar con lactancia materna a los 4 meses, respecto a las que mantenían lactancia parcial (77,4% vs. 30,8%) (**Tabla 56**).

6.3.15 Características de la lactancia materna a los 4 meses

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de *lactancia a los 4 meses* (**Tabla 57**).

Tabla 57: Lactancia materna a los 4 meses de edad de los lactantes según lactancia materna. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR crudo	OR ajustado
Lactancia materna a los 4 meses del alta hospitalaria			<0,001		
Lactancia Artificial	163/163 (100)	0/163 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	0/177 (0)	177/177 (100)			
Lactancia Parcial	0/19 (0)	19/19 (100)			
Tiempo de cambio de lactancia 4 meses	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
	1,6±1,09 (81)	3,4±1,08 (55)	-	-	
1 mes	21/24 (87,5)	3/24 (12,5)			
1,5 meses	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
10 días	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
15 días	4/4 (100)	0/4 (0)			
2 meses	13/17 (76,5)	4/17 (23,5)			
2,5 meses	4/5 (80)	1/5 (20)			
21 días	7/7 (100)	0/7 (0)			
3 días	4/4 (100)	1/4 (25)			
3 meses	10/11 (90,9)	1/11 (9,1)			
3,5 meses	6/9 (66,7)	3/9 (33,3)			
4 meses	2/42 (4,8)	40/42 (95,2)			
5 días	2/2 (100)	0/2 (0)			
7 días	2/2 (100)	0/2 (0)			

Se objetiva que el tiempo de cambio en el tipo de lactancia entre el alta y los 4 meses, presenta diferencias estadísticamente significativas. El cambio se produce antes en el cambio a lactancia artificial, que respecto al cambio de lactancia maternal (1,6±1,09 meses vs. 3,4±1,08 meses) (**Tabla 57**).

6.4 Lactancia materna a los 6 meses y diferentes covariables

La prevalencia de lactancia materna en este momento como previamente se comentó es del 41,6%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 5,4%.

6.4.1 Características generales de la madre

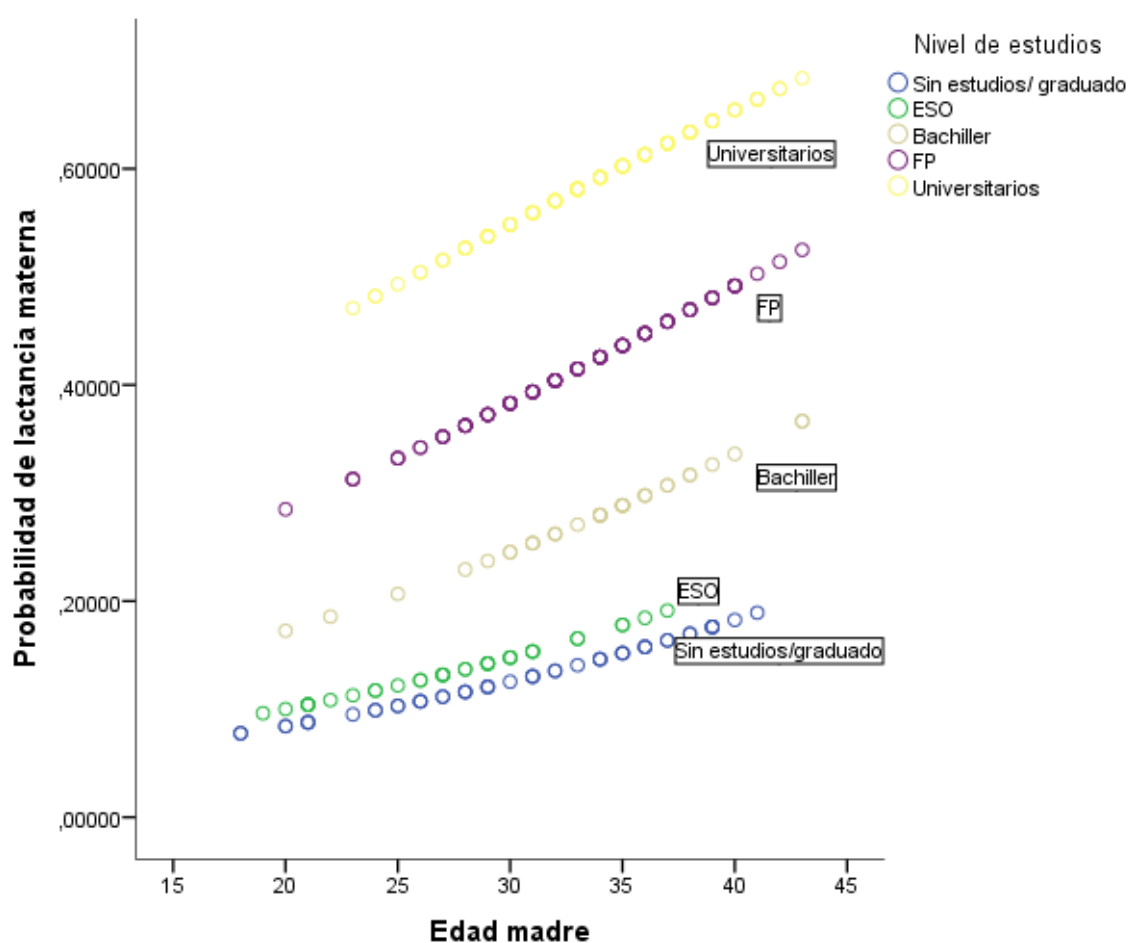
Dentro de las *variables sociodemográficas de la madre* se asocian significativamente, tras realizar un análisis bivariado, con la lactancia materna: la edad, el nivel de estudios y la situación laboral (**Tabla 58**).

Tabla 58: Lactancia materna a los 6 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	Media±DT (n)	Media±DT (n)	p	OR crudo	OR ajustado
Edad	31,9±5,3 (205)	33,6±4,8 (146)	0,046	1,07	1,0 (0,9-1,1)
Rango de Edad	n (%)	n (%)			
18-20 años	6/7 (85,7)	1/7 (14,3)			
21-25 años	20/25 (80,0)	5/25 (20,0)			
26-30 años	47/75 (62,7)	28/75 (37,3)			
31-35 años	79/137 (62,7)	58/137 (42,3)			
36-40 años	48/93 (51,6)	45/93 (48,4)			
41-45 años	5/13 (38,5)	8/13 (61,5)			
Más de 46 años	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nacionalidad	n (%)	n (%)	0,646		
Extranjera	9/14 (64,3)	5/14 (35,7)		1	
Española	190/327 (58,1)	137/327 (41,9)		1,3 (0,4-3,9)	
País	n (%)	n (%)	-	-	
España	190/327	137/327 (41,9)			
Brasil	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Perú	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Colombia	2/2 (100)	0/2 (0)			
Paraguay	1/1 (100)	0/1 (0)			
Rumanía	2/2 (100)	0/2 (0)			
República Dominicana	1/1 (100)	0/1 (0)			
Argentina	1/1 (100)	0/1 (0)			
Francia	0/2 (0)	2/2 (100)			
Venezuela	0/1 (0)	1/1 (100)			
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Sin estudios	8/8 (100)	0/8 (0)			1
Graduado escolar	25/30 (83,3)	5/30 (16,7)			1
Educación Secundaria	25/29 (86,2)	4/29 (13,8)			1,1 (0,3-4,6)
Bachiller	21/29 (72,4)	8/29 (27,6)			1,9 (0,5-6,9)
Formación Profesional	63/107 (58,9)	44/107 (41,1)			3,9 (1,4-11,1)
Universitarios	55/134 (41,0)	79/134 (59,0)			7,5 (2,7-20,9)
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,011		
Desempleada	77/113 (68,1)	36/113 (31,9)		1	
Activa	118/220 (53,6)	102/220 (46,4)		1,8 (1,1-2,9)	1,2 (0,7-2,1)

La *edad de la madre* con lactancia materna es significativamente mayor que las de lactancia artificial ($33,6\pm 4,8$ vs. $31,9\pm 5,3$ años). La prevalencia de lactancia materna se incrementa con la edad, así como la prevalencia de lactancia artificial disminuye con la misma. Dicha relación se muestra en la **Figura 11**, donde se objetiva que la probabilidad de lactancia materna se incrementa con la edad.

Figura 11: Probabilidad de lactancia materna a los 6 meses según edad y nivel de estudios de la madre



Respecto al *nivel de estudios de la madre*, también se objetiva un aumento progresivo de prevalencia de lactancia materna al aumentar el nivel de estudios de la madre (**Figura 11**).

Se objetiva una mayor prevalencia de lactancia materna en aquellas madres que se encuentran en activo ($46,4\%$ vs. $31,9\%$).

La relación entre el país, el municipio de residencia y el centro de salud y la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses se muestra en las **Tablas 58 y 59**.

No se ha encontrado asociación entre la lactancia materna a los 6 meses y las siguientes variables: nacionalidad y país de origen (59).

Tabla 59: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR Crudo	OR ajustado
Municipio de Residencia	n (%)	n (%)	-	-	
Ferrol	64/112 (57,1)	48/112 (42,9)			
Narón	50/88 (56,8)	38/88 (43,2)			
Neda	7/8 (87,5)	1/8 (12,5)			
Valdoviño	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
A Coruña	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Fene	7/13 (53,8)	6/13 (46,2)			
As Pontes	10/19 (52,6)	9/19 (47,4)			
Ares	0/4 (0)	4/4 (100)			
Pontedeume	5/16 (31,3)	11/16 (68,8)			
Miño	2/2 (100)	0/2 (0)			
Cedeira	6/10 (60,0)	4/10 (40,0)			
Cariño	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
Mugardos	5/6 (83,3)	1/6 (16,7)			
San Saturnino	2/5 (40,0)	3/5 (60,0)			
Ortigueira	2/5 (40,0)	3/5 (60,0)			
A Capela	2/2 (100)	0/2 (0)			
Moeche	2/2 (100)	0/2 (0)			
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)			
O Barqueiro	2/2 (100)	0/2 (0)			
Guitiriz	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cabañas	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Cerdido	2/2 (100)	0/2 (0)			
Centro de Salud	n (%)	n (%)	-	-	
Ferrol	51/93 (54,8)	42/93 (45,2)			
Narón	48/84 (57,1)	36/84 (42,9)			
Neda	9/10 (90,0)	1/10 (10,0)			
Valdoviño	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
A Coruña	2/2 (100)	0/2 (0)			
Fene	7/15 (46,7)	8/15 (53,3)			
As Pontes	9/18 (50,0)	9/18 (50,0)			
Ares	1/5 (20,0)	4/5 (80,0)			
Consulta Arq. Marcide	5/7 (71,4)	2/7 (28,6)			
Pontedeume	7/19 (36,8)	12/19 (63,2)			
Cedeira	7/11 (63,6)	4/11 (36,4)			
Cariño	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
Mugardos	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
San Saturnino	2/5 (40,0)	3/5 (60,0)			
Ortigueira	3/5 (60,0)	2/5 (40,0)			
A Capela	2/2 (100)	0/2 (0)			
As Somozas	0/1 (0)	1/1 (100)			
Seguro Privado	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cerdido	2/2 (100)	0/2 (0)			

Si tenemos en consideración la edad de la gestante, el nivel de estudios y la situación laboral, tras realizar un análisis multivariado se manifiesta que la única variable que tiene un efecto independiente para predecir la lactancia materna es el nivel de estudios. El nivel de formación profesional respecto a los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna (OR= 3,9). Los estudios universitarios en comparación a los sin estudios/graduado escolar incrementa la probabilidad de lactancia materna (OR= 7,5) (Tabla 58).

6.4.2 Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar

Tras realizar un análisis bivariado respecto a las *variables de la pareja y el núcleo familiar*, se objetiva que ninguna de las variables estudiadas se asocia a la lactancia materna a los 6 meses (Tabla 60).

Tabla 60: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR crudo	OR ajustado
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,059		
Desempleado	31/50 (62,0)	19/50 (38,0)		1	
Activo	101/214 (47,2)	113/214 (52,8)		1,8 (0,9-3,4)	1,7 (0,9-3,4)
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	0,181	-	
Sin estudios	3/3 (100)	0/3 (0)			1
Graduado escolar	26/44 (59,1)	18/44 (40,9)			1
Educación Secundaria	13/22 (59,1)	9/22 (40,9)			1,1 (0,4-3,4)
Bachiller	14/31 (45,2)	17/31 (54,8)			1,9 (0,7-4,8)
Formación Profesional	34/72 (47,2)	38/72 (52,8)			1,6 (0,8-3,5)
Universitarios	31/76 (40,8)	45/76 (59,2)			2,1 (0,9-4,4)
Número de personas en el núcleo familiar					
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Núcleo Familiar Cohabitantes	3,6±0,8 (181)	3,5±0,6 (59)	0,786	-	
	n (%)	n (%)			0,9 (0,7-1,3)
2	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
3	66/140 (47,1)	74/140 (52,9)			
4	48/100 (48,0)	52/100 (52,0)			
5	10/20 (50,0)	10/20 (50,0)			
6	4/6 (66,7)	2/6 (33,3)			
7	1/1 (100)	0/1 (0)			

Si analizamos las variables igualmente, en cuanto al nivel de estudio de la pareja se objetiva la misma tendencia que con la madre. A mayor nivel de estudios, mayor prevalencia de lactancia materna al alta.

Cuando se ajusta mediante un análisis multivariado por la situación laboral, el nivel de estudios de la pareja y el núcleo familiar, se objetiva que ninguna de estas variables se asocia con una mayor prevalencia de lactancia materna a los 6 meses (**Tabla 60**).

6.4.3 Características de la comorbilidad de la madre

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables *consumo de tabaco* y *antecedentes médico-quirúrgicos*, la única variable en la que se encuentra asociación estadística con la lactancia materna a los 6 meses es el consumo de tabaco (**Tabla 61**).

Se objetiva que las madres fumadoras dan menos lactancia materna que las no fumadoras (26,2% vs. 43,0%).

También se objetiva que la lactancia a los 6 meses es discretamente mayor en las madres que no tienen antecedentes médicos (44,0 vs. 38,3%).

En el caso de la diabetes mellitus, se aprecia una disminución de la prevalencia de lactancia a los 6 meses en las mujeres diabéticas (42,6% vs. 20,0%).

La presencia de diabetes mellitus e hipertensión disminuye la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses aunque no lo hace forma significativa.

Por lo que respecta a los antecedentes quirúrgicos, se objetiva que las mujeres que sufrieron una adenoidectomía/amigdalectomía, presentan una prevalencia de lactancia materna mayor a los 6 meses (54,5% vs. 40,9%).

Cuando se ajusta por exposición al tabaco, antecedentes de hipertensión, diabetes, adenoidectomía/amigdalectomía, se objetiva que la variable consumo de tabaco (OR= 0,5) modifica significativamente la probabilidad de lactancia materna a los 6 meses (**Tabla 61**). Dicha presencia disminuye probabilidad de lactancia materna a los 6 meses.

Tabla 61: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Consumo de tabaco	n (%)	n (%)	0,009	-	
No	139/244 (57,0)	105/244 (43,0)		1	1
Sí	48/65 (73,8)	17/65 (26,2)	0,015	0,47	0,5 (0,3-0,9)
Ex - Fumadora	11/26 (42,3)	15/26 (57,7)	0,157	1,80	1,9 (0,8-4,5)
Antecedentes médicos	n (%)	n (%)	0,293	0,8 (0,5-1,2)	
Hipertensión	No	116/207 (56,0)	0,231	1	0,4 (0,1-2,3)
	Sí	87/141 (61,7)			
Síndrome Ansioso-depresivo	No	196/339 (57,8)	0,914	1	0,4 (0,1-2,3)
	Sí	7/9 (77,8)			
Rinitis Alérgica	No	197/338 (58,3)	0,503	1	
	Sí	6/10 (60,0)			
Asma Bronquial	No	193/333 (58,0)	0,108	1	
	Sí	10/15 (66,7)			
Diabetes Mellitus	No	182/319 (57,1)	0,082	1	
	Sí	21/29 (72,4)			
Hipotiroidismo	No	191/333 (57,4)	0,535	1	0,4 (0,1-1,5)
	Sí	12/15 (80,0)			
Antecedentes Quirúrgicos	n (%)	n (%)	0,794		
	No	124/211 (58,8)	87/211 (41,2)	1	
Apendicetomía	Sí	78/136 (57,4)	0,369	1,1 (0,7-1,6)	
	No	196/334 (58,7)			
Adenoidectomía / Amigdalectomía	No	196/334 (58,7)	0,210	1,6 (0,5-5,0)	
	Sí	10/22 (45,5)			
Legrado	No	192/325 (59,1)	0,576	1	1,6 (0,6-3,9)
	Sí	10/22 (45,5)			
Cesárea	No	191/326 (58,6)	0,993	1	
	Sí	11/21 (52,4)			
	No	195/335 (58,2)		1	
	Sí	7/12 (58,3)			

6.4.4 Características de los antecedentes obstétricos

En el análisis bivariado se objetiva que el *tipo de lactancia previa* modifica de forma significativamente la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses. Así se aprecia que las mujeres que previamente han dado lactancia materna, en el 50,5% de los casos continúan dando lactancia materna tras el parto actual (OR= 8,8) (Tabla 62).

Tabla 62: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	
Partos Anteriores	n (%)	n (%)	0,944		
No	118/203 (58,1)	85/203 (41,9)		1	
Sí	82/142 (57,7)	60/142 (42,3)		1,0 (0,7-1,6)	
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Gestaciones previas	1,6±0,8 (175)	1,6±0,8 (42)	0,183		
	n (%)	n (%)		1	
1	69/128 (53,9)	59/128 (46,1)		0,9 (0,65-1,2)	
2	55/83 (66,3)	28/83 (33,7)			
3	10/19 (52,6)	9/19 (47,4)			
4	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
5	0/2 (0)	2/2 (100)			
6	1/1 (100)	0/1 (0)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Partos previos	1,3±0,6 (145)	1,3±0,5 (43)	0,599	0,8 (0,5-1,4)	
	n (%)	n (%)			
1	81/154 (52,9)	72/154 (47,1)			
2	25/50 (50,0)	25/50 (50,0)			
3	3/4 (75,0)	1/4 (25,0)			
5	1/1 (100)	0/1 (0)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Número de Hijos	1,3±0,6 (144)	1,3±0,5 (42)	0,235	0,8 (0,49-1,3)	0,9 (0,5-1,6)
	n (%)	n (%)			
1	83/153 (54,2)	70/153 (45,8)			
2	25/47 (53,2)	22/47 (46,8)			
3	4/4 (100)	0/4 (0)			
4	0/1 (0)	1/1 (100)			
5	1/1 (100)	0/1 (0)			
Lactancia en partos Anteriores	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	26/29 (89,7)	3/29 (10,3)		1	1
Lactancia Materna	55/111 (49,5)	56/111 (50,5)		8,8 (2,5-30,8)	8,1 (2,3-29,1)

No modifican dicha probabilidad ni los partos previos, ni las gestaciones previas, ni el número de hijos.

Si ajustamos en un modelo multivariado de regresión por número de hijos y lactancia materna previa objetivamos que la lactancia es la modifica significativamente la lactancia materna a los 6 meses (OR= 8,1) (**Tabla 62**).

6.4.5 Opiniones previas al parto

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias significativas entre las *opiniones de la madre, las opiniones de la pareja y las opiniones de otras madres*, para una mayor prevalencia de lactancia a los 6 meses (**Tabla 63**).

Tabla 63: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Opinión Madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	1,1 (0,4-2,9)
Lactancia Artificial	28/28 (100)	0/28 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	146/289 (50,5)	143/289 (49,5)			
Lactancia Parcial	11/12 (91,7)	1/12 (8,3)			
Opinión Pareja	n (%)	n (%)	<0,001	-	2,4 (1,0-5,8)
Lactancia Artificial	34/35 (97,1)	1/35 (2,9)			
Lactancia Materna Exclusiva	134/266 (50,4)	132/266 (49,6)			
Lactancia Parcial	15/21 (71,4)	6/21 (28,6)			
Opinión de otras madres	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Lactancia Artificial	45/62 (72,6)	17/62 (27,4)			1
Lactancia Materna Exclusiva	72/142 (50,7)	70/142 (49,3)			1,8 (0,9-3,5)
Lactancia Parcial	56/97 (57,7)	41/97 (42,3)			5,2 (2,0-13,3)

En el caso de la opinión de las madres, prefieren la opción inicial de la lactancia materna exclusiva (49,5%), al igual que sus parejas (49,6%), y que otras madres (49,6%). Las madres que creen que la lactancia materna exclusiva es la mejor elección, la mayoría continúan con lactancia materna a los 6 meses.

Cuando ajustamos en un modelo multivariado por la opinión de las madres, de la pareja y de la opinión de otras madres objetivamos que las variables predictivas de lactancia materna a los 6 meses son la opinión de la pareja (OR=2,4), así como la opinión de otras madres que conocen respecto a la lactancia materna exclusiva (OR= 1,8) y la

lactancia parcial (OR= 5,2) (**Tabla 63**). La opinión de las propias madres no se muestra como variable independiente que prediga la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses.

6.4.6 Características de la Educación Maternal

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables relacionadas con la *educación maternal*, podemos asegurar que dos variables se asocian estadísticamente con la lactancia materna a los 6 meses. Estas variables son los siguientes: la oferta de Educación maternal en su centro de salud y la asistencia a clases de educación maternal (**Tabla 64**).

Se objetiva que la oferta de educación maternal en su centro de salud aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses (43,8% vs. 26,2%).

Se objetiva que la asistencia a clases de educación maternal aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de edad del lactante (48,9% vs. 26,7%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas, como son el control del embarazo en su centro de salud habitual, la información sobre la lactancia materna durante las clases, la información sobre la importancia del contacto precoz piel con piel, la información sobre el alojamiento conjunto, dar publicidad sobre leches artificiales o la enseñanza (en general, o a petición individual) de preparación de un biberón de leche artificial (**Tabla 64**).

Sin embargo, cabe resaltar que los porcentajes de lactancia materna a los 6 meses son mayores en los casos de aquellas madres que durante la educación maternal fueron informadas sobre la importancia del contacto precoz piel con piel, del alojamiento conjunto (50,0% vs. 43,8%) y aquellas que no recibieron publicidad de leche artificial (49,7% vs. 48,0%) o no les enseñaron cómo preparar un biberón de leche artificial (51,5% vs. 38,9%).

Tabla 64: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de educación maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Control de Embarazo en Centro de Salud Habitual			0,947		
No	10/17 (58,8)	7/17 (41,2)		1	
Sí	192/331 (58,0)	139/331 (42,0)		1,0 (0,4-2,8)	
Oferta en Centro de Salud habitual			0,030		1,5 (0,7-3,4)
No	31/42 (73,8)	11/42 (26,2)		1	
Sí	173/308 (56,2)	135/308 (43,8)		2,2 (1,1-4,5)	
Asistencia a Educación Maternal			<0,001		
No	85/116 (73,3)	31/116 (26,7)		1	1
Sí	119/233 (51,1)	114/233 (48,9)		2,6 (1,6-4,3)	2,4 (1,4-3,9)
Actividades aprendidas u ofertadas en las clases de Educación Maternal					
Información sobre lactancia materna			0,541		
No	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)		1	
Sí	117/229 (51,1)	112/229 (48,9)		0,5 (0,0-5,4)	
Información sobre contacto precoz piel con piel			0,327		
No	1/1 (100)	0/1 (0)			
Sí	118/232 (50,9)	114/232 (49,1)			
Información sobre alojamiento conjunto			0,630		
No	9/16 (56,3)	7/16 (43,8)		1	
Sí	101/202 (50,0)	101/202 (50,0)		1,3 (0,5-3,6)	
Publicidad de leche artificial			0,869		
No	99/197 (50,3)	98/197 (49,7)		1	
Sí	13/25 (52,0)	12/25 (48,0)		0,9 (0,4-2,1)	
Enseñanza sobre preparación biberón leche artificial			0,306		
No	99/204 (48,5)	105/204 (51,5)		1	
Sí	11/18 (61,1)	7/18 (38,9)		0,6 (0,2-1,6)	
Petición Individual preparación biberón leche artificial			0,447		
No	166/292 (56,8)	126/292 (43,2)		1	
Sí	18/28 (64,3)	10/28 (35,7)		0,7 (0,3-1,6)	

Si se ajustan estas 2 variables mediante un análisis multivariado, la oferta y la asistencia a clases de educación maternal, se objetiva que la asistencia a educación maternal se muestra como variable independiente que predice la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses, en el sentido que la asistencia a estas clases aumenta por 2,4 veces dicha probabilidad (**Tabla 64**). No se ajustan otras variables, porque las diferentes actividades formativas sólo se presentan en aquellas madres que sí asistieron a clases de educación maternal.

6.4.7 Características del parto

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables relacionadas con el parto, se objetiva que ni el parto gemelar ni el tipo de parto se asocian de forma significativa con la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses (**Tabla 65**).

Tabla 65: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Parto Gemelar			0,109		
No	196/340 (57,6)	144/340 (42,4)		1	
Sí	9/11 (81,8)	2/11 (18,2)		0,3 (0,1-1,4)	0,3 (0,1-1,6)
Tipo de Parto			0,111	-	
Quirúrgico	49/75 (65,3)	26/75 (34,7)			1
Eutócico	111/191 (58,1)	80/191 (41,9)			1,3 (0,8-2,3)
Instrumental	35/72 (48,6)	37/72 (51,4)			1,9 (0,9-3,7)

Aunque no hemos objetivado diferencias significativa entre el parto gemelar y la decisión de lactancia materna al alta, las gestantes con partos gemelares deciden en menor medida mantener lactancia materna a los 6 meses que las que tienen un parto único (18,2% vs. 42,4%).

Tras ajustar mediante un análisis multivariado por la presencia o no de parto gemelar y el tipo de parto, se objetiva que ninguna de las 2 variables tiene un efecto independiente para predecir lactancia materna a los 6 meses (**Tabla 65**).

6.4.8 Características del recién nacido

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables del recién nacido, no se objetiva ninguna variable que se asocie significativamente con la lactancia materna (**Tabla 66**).

Tabla 66: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Sexo	n (%)	n (%)	0,057		
Femenino	79/152 (52,0)	73/152 (48,0)		1	1
Masculino	120/193 (62,2)	73/193 (37,8)		0,7 (0,4-1,0)	0,5 (0,3-0,9)
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Peso (Gramos)	3242,5±541,8 (257)	3361,6±505,5 (61)	0,119		1,0 (0,9-1,0)
Talla (Centímetros)	49,1±2,3 (144)	49,4±2,2 (47)	0,448		1,1 (0,9-1,3)

A pesar de no encontrarse diferencias estadísticamente significativas, en la variable género se objetiva una mayor prevalencia de lactancia a los 6 meses en caso de los recién nacidos de género femenino (48% vs. 37,8%).

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en las variables peso o talla de los recién nacidos en la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses, donde las medias son similares en ambos tipos de lactancias (**Tabla 66**).

Respecto al peso al nacer de los recién nacidos, la media de los pesos es mayor en aquellos bebés que continúan con lactancia materna a los 6 meses (3361,6 gramos vs. 3242,5 gramos).

Cuando se ajusta por las 3 variables a la vez (género, peso y talla de los recién nacidos), la variable género modifica significativamente la probabilidad de lactancia de lactancia materna a los 6 meses (OR= 0,5) (**Tabla 66**). La existencia de recién nacidos de género masculino disminuye dicha prevalencia.

6.4.9 Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido

Tras tomar en consideración las variables que en el análisis bivariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna al alta, teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido, se objetiva que las variable que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna a los 6 meses es: lactancia previa (**Tabla 67**).

Tabla 67: Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido.

Predicción de lactancia materna a los 6 meses					
VARIABLE	B	p	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de la madre	0,109	<u>0,079</u>	1,115	0,988	1,259
Nivel de Estudios de la Madre					
Sin estudios/Graduado		0,296	1		
Educación Secundaria	0,000	1,000	1,000	0,103	9,724
Bachiller	0,010	0,992	1,010	0,145	7,042
Formación Profesional	-0,085	0,920	0,919	0,176	4,803
Universitarios	0,953	0,261	2,593	0,493	13,639
Consumo de Tabaco	-0,156	0,680	0,855	0,406	1,800
Hipertensión	-1,630	0,186	0,196	0,017	2,194
Diabetes	-0,157	0,911	0,855	0,055	13,240
Lactancia previa	1,768	0,013	5,861	1,447	23,737
Asistencia a Educación Maternal	0,811	<u>0,068</u>	2,250	0,943	5,367
Parto Gemelar	-0,528	0,691	0,590	0,044	7,966
Género del recién nacido	0,022	0,961	1,022	0,421	2,483

La lactancia previa incrementa dicha probabilidad de lactancia materna al alta (OR= 5,8).

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad, ni el nivel de estudios, ni la comorbilidad medida por consumo de tabaco, antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el parto gemelar o el género (**Tabla 67**).

Sin embargo, se encuentra cercana a la significancia estadística la variable asistencia a educación maternal, objetivándose que la asistencia a educación maternal aumenta la probabilidad de lactancia materna.

Tras ajustar además por la variable tipo de lactancia en la 1ª toma, en el análisis multivariado, se objetiva que la variable anterior, lactancia previa, pierde su poder como variable significativa. Se objetiva que las variables edad de la madre y asistencia a educación maternal se mantienen cercanas a la significancia estadística, aumentando ambas la probabilidad de lactancia materna (**Tabla 68**).

Tabla 68: **Modelo de regresión logística** para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y lactancia en la primera toma.

Predicción de lactancia materna a los 6 meses					
VARIABLE	B	p	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de la madre	0,125	<u>0,078</u>	1,133	0,986	1,301
Nivel de Estudios de la Madre					
Sin estudios/Graduado		0,467	1		
Educación Secundaria	0,293	0,822	1,341	0,104	17,242
Bachiller	0,090	0,938	1,094	0,113	10,634
Formación Profesional	0,359	0,724	1,432	0,196	10,488
Universitarios	1,146	0,252	3,146	0,442	22,382
Consumo de Tabaco	-0,229	0,605	0,795	0,334	1,892
Hipertensión	-1,153	0,434	0,316	0,018	5,660
Diabetes	0,311	0,841	1,365	0,066	28,255
Lactancia previa	1,177	0,179	3,246	0,584	18,044
Asistencia a Educación Maternal	0,867	<u>0,077</u>	2,381	0,910	6,226
Parto Gemelar	0,506	0,735	1,659	0,088	31,239
Género del recién nacido	-0,282	0,574	0,754	0,282	2,015
Lactancia a 1ª toma	1,861	0,041	6,432	1,080	38,295

6.4.10 Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido

Entre las variables relacionadas con la *primera hora de vida* del recién nacido tras el parto, tras realizar un análisis bivariado, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: tipo de lactancia en la primera toma y la duración del primer contacto piel con piel (**Tabla 69**).

Se objetiva que las madres que dieron lactancia materna como primera toma, presentaron mayor probabilidad de lactancia materna a los 6 meses (51,5% vs. 18,4%).

Por otro lado, la duración del primer contacto piel con piel hasta la primera toma o que dure más de 50 minutos, también aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 6 meses (49,2% vs. 27,6%). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas, como son la información sobre lactancia materna durante el proceso de parto, la oferta y ayuda de lactancia durante el parto, la realización de la primera toma en los primeros 50 minutos, el contacto precoz

piel con piel en los primeros 5 minutos o conocer la causa de la imposibilidad de realizar contacto precoz piel con piel (**Tabla 69**).

Tabla 69: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Información sobre Lactancia durante proceso de parto	n (%)	n (%)	0,894		
No	116/206 (56,3)	90/206 (43,7)		1	
Sí	52/91 (57,1)	39/91 (42,9)		0,9 (0,6-1,6)	
Oferta y ayuda con Lactancia durante el parto	n (%)	n (%)	0,588		
No	61/121 (50,4)	60/121 (49,6)		1	
Sí	97/181 (53,6)	84/181 (46,4)		0,9 (0,6-1,4)	
Tipo de Lactancia en primera toma	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial	71/87 (81,6)	16/87 (18,4)		1	1
Lactancia Materna	114/235 (48,5)	121/235 (51,5)		4,7 (2,6-8,6)	44,4 (5,9-330,6)
Primera toma lactancia materna en primeros 50 minutos	n (%)	n (%)	0,458		
No	31/59 (52,5)	28/59 (47,5)		1	
Sí	82/175 (46,9)	93/175 (53,1)		1,2 (0,7-2,2)	
Contacto piel con piel inmediato – Primeros 5 minutos	n (%)	n (%)	0,471		
No	57/93 (61,3)	36/93 (38,7)		1	
Sí	143/251 (57,0)	108/251 (43,0)		1,2 (0,7-1,9)	
Conoce causa de no contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,237		
No	10/13 (76,9)	3/13 (23,1)		1	
Sí	46/77 (59,7)	31/77 (40,3)		2,2 (0,6-8,8)	
Duración Primer contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,009	-	1,3 (0,9-1,9)
Menos de 50 minutos	42/58 (72,4)	16/58 (27,6)			
Más de 50 minutos	61/120 (50,8)	59/120 (49,2)			
Hasta primera toma	34/71 (47,9)	37/71 (52,1)			

6.4.11 Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables relacionadas con el *puerperio inmediato*, existen diferencias significativas en la variable “permanecisteis juntos tras el parto” (**Tabla 70**).

Tabla 70: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ayuda con lactancia materna 6 primeras horas	n (%)	n (%)	0,588		
No	61/121 (50,4)	60/121 (49,6)		1	
Sí	97/181 (53,6)	84/181 (46,4)		0,9 (0,6-1,4)	
Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar	n (%)	n (%)	0,202		1,2 (0,6-2,2)
No	81/136 (59,6)	55/136 (40,4)		1	
Sí	77/148 (52,0)	71/148 (48,0)		1,4 (0,8-2,2)	
Información sobre correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,215		
No	52/106 (49,1)	54/106 (50,9)		1	
Sí	108/191 (56,5)	83/191 (43,5)		0,7 (0,5-1,2)	
Descripción de correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,165		1,2 (0,5-2,9)
No	20/31 (64,5)	11/31 (35,5)		1	
Sí	108/211 (51,2)	103/211 (48,8)		1,7 (0,8-3,8)	
Información sobre extracción leche manual	n (%)	n (%)	0,969		1,4 (0,8-2,6)
No	104/194 (53,6)	90/194 (46,4)		1	
Sí	56/104 (53,8)	48/104 (46,2)		0,9 (0,6-1,6)	
Información sobre conservación y almacenaje de leche	n (%)	n (%)	0,577		
No	89/173 (53,7)	84/173 (46,3)		1	
Sí	70/128 (54,7)	58/128 (45,3)		0,9 (0,6-1,4)	
Información sobre vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,434		
No	38/74 (51,4)	36/74 (48,6)		1	
Sí	139/246 (56,5)	107/246 (43,5)		0,8 (0,5-1,4)	
Permanecisteis juntos tras el parto	n (%)	n (%)	0,008		
No	66/99 (66,7)	33/99 (33,3)		1	1
Sí	113/223 (50,7)	110/223 (49,3)		1,9 (1,2-3,2)	2,2 (1,1-4,5)

Se objetiva que las madres que permanecieron junto a sus bebés tras el parto, tienen más probabilidades de mantener lactancia materna a los 6 meses (49,3% vs. 33,3%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas como el recibir ayuda con la lactancia materna en las primeras 6 horas de vida, la ayuda en para reconocer que estaba listo para amamantar, la información sobre el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, describir el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, la información sobre extracción de leche manualmente, información sobre conservación y almacenaje de leche o la información sobre la importancia del vínculo materno-filial, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto (**Tabla 70**).

Sin embargo, aquellas mujeres que sí recibieron ayuda para reconocer que estaba listo su bebé para amamantar, las que podían describir el correcto agarre y posición para amamantar o fueron informadas sobre la importancia de vínculo materno-filial, contacto precoz y alojamiento conjunto poseen mayor porcentaje de lactancia materna a los 6 meses, que las que no recibieron la información, aunque no de manera significativa.

6.4.12 Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario

Al realizar un análisis bivariado entre las variables relacionadas con el *puerperio hospitalario*, se objetiva que existen diferencias significativas en las variables necesidad de suplementos, tipo de suplemento administrado o utilización de chupetes tetinas y biberones (**Tabla 71**).

Respecto a la variable necesidad de suplementos durante el puerperio, en aquellos recién nacidos que necesitaron suplementos, existe menor prevalencia de lactancia materna a los 6 meses (43,5% vs. 62,3%).

Por otro lado, aquellos bebés que necesitaron suplemento, los que recibieron glucosa (60,6%) tienen más probabilidades de seguir con lactancia materna a los 6 meses, que los que tomaron leche artificial (43,5%) o leche materna (23,5%).

En lo que respecta a la utilización de chupetes, tetinas y biberones, aquellas mujeres que no los utilizaron, presentan mayor prevalencia de lactancia a los 6 meses (23% vs. 57,1%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el resto del puerperio en su estancia hospitalaria. Estas variables son las siguientes: la explicación sobre la necesidad de suplementos, la manera de administrar ese suplemento, el recibir información sobre los riesgos de los chupetes, biberones y tetinas, recibir publicidad sobre leche artificial, la enseñanza para saber reconocer los signos de hambre de los bebés, la enseñanza individual de preparación de leche artificial, el recibir apoyo a la lactancia a demanda, recibir apoyo a la lactancia a demanda o la información sobre cómo poder solucionar problemas o buscar personal de apoyo tras el alta (**Tabla 71**).

Tabla 71: Lactancia materna a los **6 meses de edad** de los lactantes según **variables del puerperio hospitalario**. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	0,006		
No	26/69 (37,7)	43/69 (62,3)		1	1
Sí	131/232 (56,5)	101/232 (43,5)		0,5 (0,3-0,8)	
Explicación sobre necesidad de suplementos	n (%)	n (%)	0,116		
No	32/49 (65,3)	17/49 (34,7)		1	
Sí	76/145 (52,4)	69/145 (47,6)		1,7 (0,9-3,3)	
Tipo de suplemento administrado	n (%)	n (%)	0,049	-	1,1 (0,7-1,8)
Lactancia Artificial	70/124 (56,5)	54/124 (43,5)			1
Lactancia Materna	13/17 (76,5)	4/17 (23,5)			1,2 (0,2-6,9)
Glucosa	13/33 (39,4)	20/33 (60,6)			2,7 (0,7-11,1)
Lactancia Artificial + glucosa	8/11 (72,7)	3/11 (27,3)			4,8 (1,0-22,2)
Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas	n (%)	n (%)	0,464		
No	119/205 (58,0)	86/205 (42,0)		1	
Sí	63/117 (53,8)	54/117 (46,2)		1,2 (0,8-1,9)	
Utilización de chupetes, tetinas, biberones	n (%)	n (%)	<0,001		
No	85/198 (42,9)	113/198 (57,1)		1	
Sí	107/139 (77,0)	32/139 (23,0)		0,2 (0,1-0,4)	0,3 (0,2-0,6)
Publicidad de leche artificial	n (%)	n (%)	0,568		
No	172/304 (56,6)	132/304 (43,4)		1	
Sí	18/29 (62,1)	11/29 (37,9)		0,8 (0,4-1,7)	
Enseñanza para reconocer signos de hambre	n (%)	n (%)	0,894		
No	89/158 (56,3)	69/158 (43,7)		1	
Sí	97/170 (57,1)	73/170 (42,9)		0,9 (0,6-1,5)	
Enseñanza individual de preparación de leche artificial	n (%)	n (%)	0,290		
No	58/62 (93,5)	4/62 (6,5)		1	
Sí	13/14 (92,9)	1/14 (7,1)		0,7 (0,3-1,6)	
Ánimo para alimentar al bebé a demanda	n (%)	n (%)	0,244		
No	34/54 (63,0)	20/54 (37,0)		1	
Sí	139/256 (54,3)	117/256 (45,7)		1,4 (0,8-2,6)	
Apoyo a la Lactancia a demanda	n (%)	n (%)	0,373		
No	46/89 (51,7)	43/89 (48,3)			
Sí	122/213 (57,3)	91/213 (42,7)			
Información sobre resolución problemas y personal de apoyo	n (%)	n (%)	0,406		
No	79/152 (52,0)	73/152 (48,0)		1	
Sí	89/157 (56,7)	68/157 (43,3)		0,8 (0,5-1,3)	

6.4.13 Características de la lactancia materna en el puerperio en unidades especiales

Entre las variables relacionadas con el *puerperio en unidades especiales*, tras realizar un análisis univariado, se objetiva que existen diferencias significativas en las variables ingreso en unidades especiales y motivación para contacto piel con piel (**Tabla 72**).

Tabla 72: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Ingreso	n (%)	n (%)	0,001	0,5 (0,3-0,6)	0,1 (0,0-0,9)
No necesitó ingreso	119/231 (51,5)	112/231 (48,5)			
Sí necesitó ingreso	70/101 (69,3)	31/101 (30,7)			
Neonatos	55/85 (64,7)	30/85 (35,3)			
Cuidados Intensivos	15/16 (93,8)	1/16 (6,3)			
Motivo de ingreso	n (%)	n (%)	0,772	-	
Cesárea	24/37 (64,9)	13/37 (35,1)			
Patología Materna	3/5 (60,0)	2/5 (40,0)			
Patología Neonato	34/49 (69,4)	15/49 (30,6)			
Patología en madre y Neonato	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cesárea + Patología madre	7/8 (87,5)	1/8 (12,5)			
Cesárea + Patología bebé	1 /2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Motivación para contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,017		
No	22/39 (56,4)	17/39 (43,6)		1	
Sí	57/73 (78,1)	16/73 (21,9)		0,4 (0,2-0,8)	0,2 (0,1-0,6)
Apoyo a inicio de la lactancia materna	n (%)	n (%)	0,071		
No	25/43 (58,1)	18/43 (41,9)		1	
Sí	45/60 (75,0)	15/60 (25,0)		0,5 (0,2-1,1)	
Acceso padres sin restricciones	n (%)	n (%)	0,163		
No	13/22 (59,1)	9/22 (40,9)		1	1
Sí	58/78 (74,4)	20/78 (25,6)		0,5 (0,2-1,3)	0,7 (0,2-2,1)
Información sobre extracción manual de leche	n (%)	n (%)	0,668		
No	34/52 (65,4)	18/52 (34,6)		1	
Sí	34/49 (69,4)	15/49 (30,6)		0,8 (0,4-1,9)	

Entre los recién nacidos ingresados en unidades especiales, aquellos bebés que no necesitaron ingresar en estas unidades presentan mayor probabilidad de lactancia materna a los 6 meses (48,5% vs. 30,7%).

Sobre la variable ser motivadas para realizar contacto piel con piel en las unidades Especiales, aquellas que no recibieron esa motivación para el contacto (21,9% vs. 43,6%), continúan en mayor porcentaje con lactancia materna a los 6 meses.

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas: motivo de ingreso en unidad especial de cuidados, apoyo para el inicio de la lactancia materna, acceso al padre sin restricciones o información sobre extracción manual de leche materna (**Tabla 72**).

Se observa en la variable no estadísticamente significativa apoyo a inicio de la lactancia materna, que las madres que no recibieron apoyo con la lactancia (25% vs. 41,9%), presentan mayor prevalencia de la lactancia materna a los 6 meses; así como en la variable acceso de los padres sin restricciones (25,6% vs. 40,9%).

6.4.14 Características de la lactancia materna al alta hospitalaria

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en la *prevalencia de lactancia al alta hospitalaria* (**Tabla 73**).

Tabla 73: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia al alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Lactancia al Alta Hospitalaria			<0,001	2,2 (1,9-2,5)	-
Lactancia Artificial	72/72 (100)	0/72 (0)			
Lactancia materna Exclusiva	91/229 (39,7)	138/229 (60,3)			
Lactancia Parcial	30/37 (81,1)	7/37 (18,9)			

Se objetiva que aquellas mujeres que dan lactancia materna exclusiva al alta, presentan mayor prevalencia de continuar con lactancia materna a los 6 meses, respecto a las que mantenían lactancia parcial (60,3% vs. 18,9%).

6.4.15 Características de la lactancia materna a los 4 meses

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de *lactancia a los 4 meses* (**Tabla 74**).

Se objetiva que madres que realizan lactancia materna exclusiva a los 4 meses, tienen más probabilidades de continuar con lactancia materna a los 6 meses respecto a la lactancia parcial (79% vs. 31,6%).

Tabla 74: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes según lactancia materna a los 4 meses. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia materna a los 4 meses	n (%)	n (%)	<0,001	3,9 (3,1-4,9)	-
Lactancia Artificial	155/155	0/155 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	37/176 (21,0)	139/176 (79,0)			
Lactancia Parcial	13/19 (68,4)	6/19 (31,6)			
Tiempo de cambio de lactancia	Media±DT (n)	Media±DT (n)	0,004	0,3 (0,8-1,9)	
	2,09±1,3 (110)	3,48±1,1 (26)			

Se objetiva que el tiempo de cambio en el tipo de lactancia entre el alta y los 4 meses, presenta diferencias estadísticamente significativas, respecto a la lactancia a los 6 meses. El cambio se produce antes en el cambio a lactancia artificial, que respecto al cambio de lactancia maternal (2,09±1,3 meses vs. 3,48±1,1 meses) (Tabla 74).

6.4.16 Características de la lactancia materna a los 6 meses

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de lactancia a los 6 meses (Tabla 75).

Tabla 75: Lactancia materna a los 6 meses de edad de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia hasta 6 meses	n (%)	n (%)	<0,001		
Lactancia Artificial + Alimentación Complementaria	205/205 (100)	0/205 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	0/19 (0)	19/19 (100)			
Lactancia Materna + Alimentación Complementaria	0/84 (0)	84/84 (100)			
Lactancia Parcial + Alimentación Complementaria	0/33 (0)	33/33 (100)			
Lactancia Parcial	0/10 (0)	10/10 (100)			
Tiempo de cambio de Lactancia	Media±DT (n)	Media±DT (n)	<0,001	0,1 (0,5-0,9)	
	4,9±0,8 (52)	5,66±0,5 (119)			

Se objetiva que el tiempo de cambio en el tipo de lactancia a los 6 meses, presenta diferencias estadísticamente significativas. El cambio se produce antes en el cambio a lactancia artificial, que respecto al cambio de lactancia maternal (24,9±0,8 meses vs. 5,66±0,5 meses) (Tabla 75).

6.5 Lactancia materna a los 12 meses y diferentes covariables

La prevalencia de lactancia materna a los 12 meses de vida de los lactantes es del 19,1%.

Las variables que se asocian en el análisis bivariado a la lactancia materna a los 12 meses son las siguientes:

6.5.1 Características generales de la madre

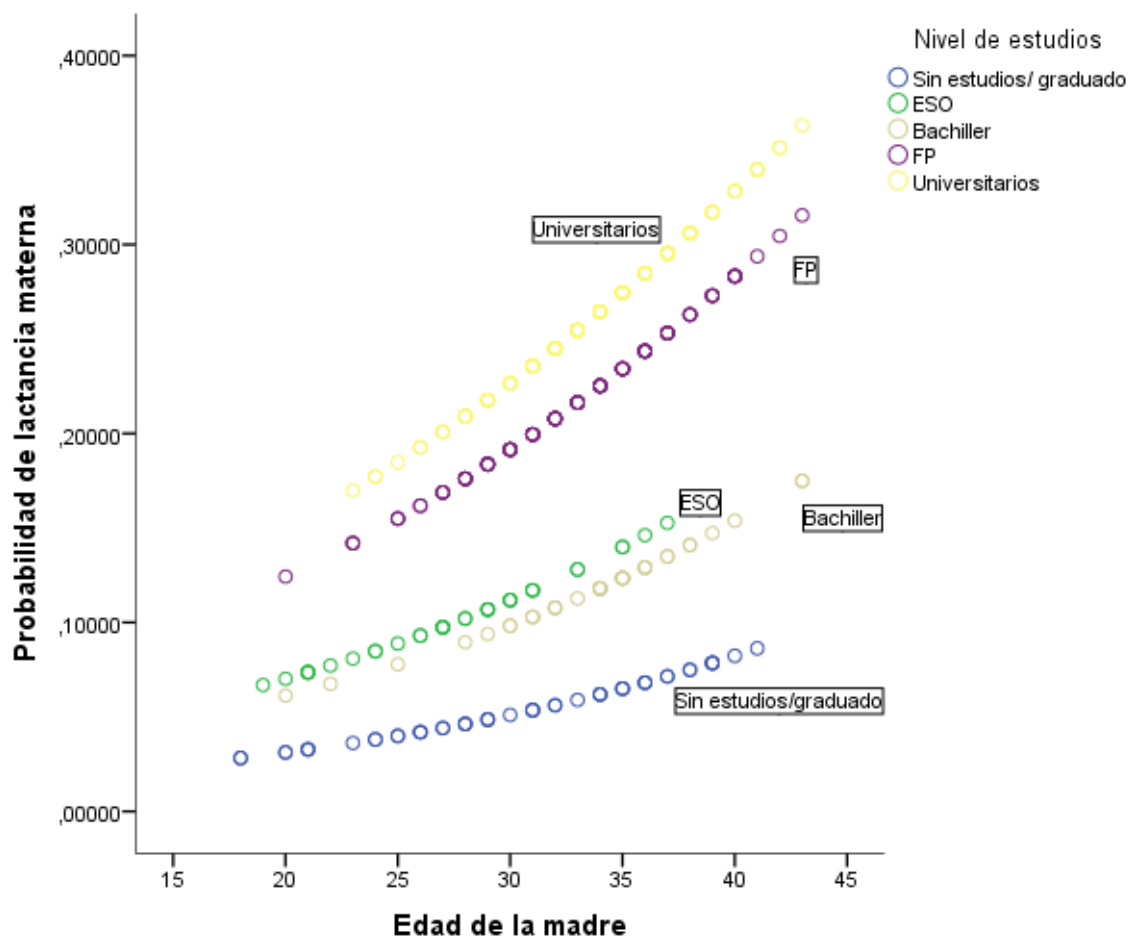
Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que dentro de las *variables sociodemográficas de la madre* se asocian significativamente con la lactancia materna: la edad, el nivel de estudios y la situación laboral (**Tabla 76**).

Tabla 76: Lactancia materna a los 12 meses de edad según variables sociodemográficas de la madre como la edad, nacionalidad, país de procedencia, nivel de estudios y situación laboral. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	Media±DT (n)	Media±DT (n)	p	OR crudo	OR ajustado
Edad	32,2±5,2 (258)	33,7±4,6 (61)	0,035	-	1,0 (0,9-1,1)
Rango de Edad	n (%)	n (%)	0,354		
18-20 años	7/7 (100)	0/7 (0)			
21-25 años	21/24 (87,5)	3/24 (12,5)			
26-30 años	58/69 (84,1)	11/69 (15,9)			
31-35 años	102/124 (82,3)	22/124 (17,7)			
36-40 años	62/84 (73,8)	22/84 (26,2)			
41-45 años	7/10 (70,0)	3/10 (30,0)			
Más de 46 años	1/1 (100)	0/1 (0)			
Nacionalidad	n (%)	n (%)	0,627		
Extranjera	12/14 (85,7)	2/14 (14,3)		1	
Española	239/297 (80,5)	58/297 (19,5)		1,5 (0,3-6,7)	
País	n (%)	n (%)	0,531	-	
España	239/297 (80,5)	58/297 (19,5)			
Brasil	2/2 (100)	0/2 (0)			
Perú	2/2 (100)	0/2 (0)			
Colombia	2/2 (100)	0/2 (0)			
Paraguay	1/1 (100)	0/1 (0)			
Rumanía	2/2 (100)	0/2 (0)			
República Dominicana	1/1 (100)	0/1 (0)			
Argentina	1/1 (100)	0/1 (0)			
Francia	1/1 (100)	0/1 (0)			
Venezuela	1/1 (100)	0/1 (0)			
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	0,025	-	
Sin estudios	8/8 (100)	0/8 (0)			1
Graduado escolar	27/29 (93,1)	2/29 (6,9)			1
Educación Secundaria	26/29 (89,7)	3/29 (10,3)			2,2 (0,3-14,3)
Bachiller	23/26 (88,5)	3/26 (11,5)			1,2 (0,2-9,3)
Formación Profesional	77/98 (78,6)	21/98 (21,4)			3,9 (0,9-17,9)
Universitarios	86/117 (73,5)	31/117 (26,5)			4,4 (0,9-20,1)
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,026		1,6 (0,8-3,3)
Desempleada	93/106 (87,7)	13/106 (12,3)		1	
Activa	152/197 (77,2)	45/197 (22,8)		2,1 (1,1-4,1)	

La edad de las madres con lactancia materna es significativamente mayor que las de lactancia artificial ($33,7\pm 4,6$ vs. $32,2\pm 5,2$ años). La prevalencia de lactancia materna se incrementa con la edad. Dicha relación se muestra en la **Figura 12**, donde se objetiva que la probabilidad de lactancia materna se incrementa con la edad.

Figura 12: Probabilidad de lactancia materna a los 12 meses según edad y nivel de estudios de la madre



Respecto al nivel de estudios de la madre, también se objetiva un aumento progresivo de prevalencia de lactancia materna al aumentar el nivel de estudios de la madre.

Se objetiva una mayor prevalencia de lactancia materna en aquellas madres que se encuentran en activo laboralmente ($22,8\%$ vs. $12,3\%$).

La relación entre el país, el municipio de residencia y el centro de salud y la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses se muestra en las **Tablas 76 y 77**.

Tabla 77: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables maternas como centro de salud y municipio de residencia. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR Crudo	OR ajustado
Municipio de Residencia	n (%)	n (%)	-	-	
Ferrol	75/101	26/10 (25,7)			
Narón	65/82 (79,3)	17/82 (20,7)			
Neda	7/8 (87,5)	1/8 (12,5)			
Valdoviño	5/6 (83,3)	1/6 (16,7)			
A Coruña	1/1 (100)	0/1 (0)			
Fene	11/12 (91,7)	1/12 (8,3)			
As Pontes	13/17 (76,5)	4/17 (23,5)			
Ares	0/2 (0)	2/2 (100)			
Pontevedeume	11/14 (78,6)	3/14 (21,4)			
Miño	2/2 (100)	0/2 (0)			
Cedeira	9/10 (90)	1/10 (10)			
Cariño	3/3 (100)	0/3 (0)			
Mugardos	6/6 (100)	0/6 (0)			
San Saturnino	3 /4 (75,0)	1/4 (25,0)			
Ortigueira	4/5 (80,0)	1/5 (20,0)			
A Capela	2/2 (100)	0/2 (0)			
Moeche	2/2 (100)	0/2 (0)			
O Barqueiro	2/2 (100)	0/2 (0)			
Guitiriz	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cabañas	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cerdido	2/2 (100)	0/2 (0)			
Centro de Salud	n (%)	n (%)	-	-	-
Ferrol	62/84 (73,8)	22/84 (26,2)			
Narón	62/79 (78,5)	17/79 (21,5)			
Neda	9/10 (90,0)	1/10 (10,0)			
Valdoviño	5/6 (83,3)	1/6 (16,7)			
A Coruña	2/2 (100)	0/2 (0)			
Fene	12/14 (85,7)	2/14 (14,3)			
As Pontes	12/16 (75,0)	4/16 (25,0)			
Ares	1/3 (33,6)	2/3 (66,7)			
Consulta Arq. Marcide	5/5 (100)	0/5 (0)			
Pontevedeume	12/15 (80,0)	3/15 (20,0)			
Cedeira	10/11 (91,0)	1/11 (9,0)			
Cariño	3/3 (100)	0/3 (0)			
Mugardos	6/6 (100)	0/6 (0)			
San Saturnino	3 /4 (75,0)	1/4 (25,0)			
Ortigueira	4/5 (80,0)	1/5 (20,0)			
A Capela	2/2 (100)	0/2 (0)			
Seguro Privado	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cerdido	2/2 (100)	0/2 (0)			

No se ha encontrado asociación entre la lactancia materna a los 12 meses y las siguientes variables: Nacionalidad y país de origen (**Tabla 76**).

Si se tiene en consideración la edad de la gestante, el nivel de estudios y la situación laboral, tras realizar un análisis multivariado, se objetiva que ninguna de las 3 variables tiene un efecto independiente para predecir la lactancia materna. Encontrándose, sin embargo, el nivel universitario en el límite de la significación estadística en el sentido previamente descrito, que a mayor nivel de estudios mayor prevalencia de lactancia materna (**Tabla 76**).

6.5.2 Características sociolaborales de la pareja y el núcleo familiar

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que ninguna de las *variables de la pareja* y el núcleo familiar se asocian estadísticamente a la lactancia materna a los 12 meses: situación laboral, nivel de estudios ni el núcleo familiar (**Tabla 78**).

Tabla 78: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la pareja y número de personas en el núcleo familiar. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Situación Laboral	n (%)	n (%)	0,408		1,6 (0,7-3,8)
Desempleado	37/46 (80,4)	9/46 (19,6)		1	
Activo	141/189 (74,6)	48/189 (25,4)		1,4 (0,6-3,1)	
Nivel de Estudios	n (%)	n (%)	0,256	-	
Sin estudios	3/3 (100)	0/3 (0)			1
Graduado escolar	31/40 (77,5)	9/40 (22,5)			1
Educación Secundaria	15/22 (68,2)	7/22 (31,8)			1,7 (0,5-5,5)
Bachiller	18/30 (60,0)	12/30 (40,0)			2,4 (0,8-6,9)
Formación Profesional	49/62 (79,0)	13/62 (21,0)			0,8 (0,3-2,3)
Universitarios	49/63 (77,8)	14/63 (22,2)			0,9 (0,4-2,5)
Número de personas en el núcleo familiar					
Núcleo Familiar	Media±DT (n)	Media±DT (n)	0,671	-	
	n (%)	n (%)			0,9 (0,6-1,4)
2	2/2 (100)	0/2 (0)			
3	91/122 (74,6)	31/122 (25,4)			
4	67/91 (73,6)	24/91 (26,4)			
5	14/18 (77,8)	4/18 (22,2)			
6	6/6 (100)	0/6 (0)			
7	1/1 (100)	0/1 (0)			

Si analizamos las variables igualmente, en cuanto al nivel de estudio de la pareja se objetiva una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses entre aquellas parejas con estudios medios, como Educación Secundaria (31,8%) o Bachiller (40,0%).

Se objetiva que las madres cuyas parejas que se encuentran en activo laboralmente, presentan una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (25,4% vs. 19,6%).

Cuando ajustamos mediante un análisis multivariado por la situación laboral, el nivel de estudios de la pareja y el núcleo familiar objetivamos que ninguna de estas variables se asocia con una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 78**).

6.5.3 Características de la comorbilidad de la madre

Tras realizar un análisis bivariado respecto a la *comorbilidad de la madre*, se objetiva que no se encuentra asociación estadística entre la lactancia materna a los 12 meses y las diferentes variables estudiadas, como son el consumo de tabaco y los antecedentes medico quirúrgicos (**Tabla 79**).

Sin embargo, se debe objetiva una mayor prevalencia de continuación de la lactancia materna a los 12 meses en aquellas madres no fumadoras respecto a las que son fumadoras (22,4% vs. 13,1% en fumadoras vs. 10,0% exfumadoras).

Cuando ajustamos por exposición al tabaco, antecedentes de hipertensión, diabetes, adenoidectomía/amigdalectomía, objetivamos que ninguna de estas variables predice la lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 79**).

Tabla 79: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como consumo de tabaco y antecedentes médico-quirúrgicos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Consumo de tabaco	n (%)	n (%)	0,142	-	
No	173/223 (77,6)	50/223 (22,4)		1	1
Sí	53/61 (86,9)	8/61 (13,1)	0,115	0,52	0,5 (0,2-1,2)
Ex - Fumadora	18/20 (90,0)	2/20 (10,0)	0,210	0,38	0,4 (0,1-1,8)
Antecedentes Médicos	n (%)	n (%)	0,544		
Hipertensión	No	148/186 (79,6)		1	
	Sí	107/130 (82,3)		0,8 (0,5-1,5)	
Síndrome Ansioso-depresivo	No	248/308 (80,5)	0,621	1	
	Sí	7/8 (87,5)		0,6 (0,1-4,9)	0,7 (0,1-5,8)
Rinitis Alérgica	No	248/306 (81,0)	0,384	1	
	Sí	7/10 (70,0)		1,8 (0,5-7,3)	
Asma Bronquial	No	243/302 (80,5)	0,627	1	
	Sí	12/14 (85,7)		0,7 (0,2-3,2)	
Diabetes Mellitus	No	230/288 (79,9)	0,228	1	
	Sí	25/28 (89,3)		0,5 (0,1-1,6)	
Hipotiroidismo	No	242/302 (80,1)	0,238	1	0,4 (0,0-2,9)
	Sí	13/14 (92,9)		0,3 (0,0-2,4)	
Antecedentes Quirúrgicos	No	241/298 (80,9)	0,747	1	
	Sí	14/18 (77,8)		1,2 (0,4-3,8)	
Apendicetomía	Sí	104/128 (81,3)	0,819	1	
	No	150/187 (80,2)		0,9 (0,5-1,7)	
Adenoidectomía / Amigdalectomía	No	245/303 (80,9)	0,614	1	
	Sí	9/12 (75,0)		1,4 (0,4-5,4)	
Legrado	No	237/294 (80,6)	0,970	1	
	Sí	17/21 (81,0)		0,9 (0,3-3,0)	0,9 (0,3-2,8)
Cesárea	No	238/296 (80,4)	0,684	1	
	Sí	16/19 (84,2)		0,8 (0,2-2,7)	
	No	245/304 (80,6)	0,919	1	
	Sí	9/11 (81,8)		0,9 (0,2-4,4)	

6.5.4 Características de los antecedentes obstétricos

En el análisis bivariado de los *antecedentes obstétricos* se objetiva que el tipo de lactancia en partos previos modifica de forma significativamente la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 80**). Así objetivamos que las madres que había mantenido lactancia materna en partos anteriores, presentan mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (24,5% vs. 6,9%).

Tabla 80: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de la madre como antecedentes obstétricos. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Partos Anteriores	n (%)	n (%)	0,713		
No	147/181 (81,2)	34/181 (18,8)		1	
Sí	105/132 (79,5)	27/132 (20,5)		1,1 (0,6-1,9)	
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Gestaciones	1,6±0,8 (175)	1,6±0,9 (42)	0,775	0,97 (0,6-1,5)	
	n (%)	n (%)			
1	90/113 (79,6)	23/113 (20,4)			
2	66/80 (82,5)	14/80 (17,5)			
3	14/18 (77,8)	4/18 (22,2)			
4	3/3 (100)	0/3 (0)			
5	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
6	1/1 (100)	0/1 (0)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Nº Partos	1,3±0,6 (145)	1,3±0,5 (43)	0,658	0,8 (0,4-1,6)	
	n (%)	n (%)			
1	104/135 (77,0)	31/135 (23,0)			
2	36/48 (75,0)	12/48 (25,0)			
3	4/4 (100)	0/4 (0)			
5	1/1 (100)	0/1 (0)			
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Número de Hijos	1,3±0,6 (144)	1,3±0,5 (42)	0,701	0,9 (0,5-1,5)	0,9 (0,4-1,8)
	n (%)	n (%)			
1	105/135 (77,8)	30/135 (22,2)			
2	33/45 (73,3)	12/45 (26,7)			
3	4/4 (100)	0/4 (0)			
4	1/1 (100)	0/1 (0)			
5	1/1 (100)	0/1 (0)			
Lactancia Previa	n (%)	n (%)	0,039		
Lactancia Artificial	27/29 (93,1)	2/29 (6,9)		1	1
Lactancia Materna	77/102 (75,5)	25/102 (24,5)		4,4 (0,9-19,8)	4,6 (1,0-21,4)

No modifican dicha probabilidad ni los partos previos, ni las gestaciones previas, ni el número de hijos.

Si se ajusta en un modelo multivariado de regresión por número de hijos y lactancia materna previa, se objetiva que la lactancia es la que modifica significativamente la lactancia materna a los 12 meses (OR= 4,6) (**Tabla 80**).

6.5.5 Opiniones previas al parto

Tras realizar un análisis bivariado de las *opiniones previas al parto*, se objetiva que existen diferencias estadísticas entre las opiniones previas de la madre, de su pareja y de otras madres que conocen que incrementan la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 81**).

Tabla 81: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables como las opiniones externas sobre Lactancia más adecuada de los recién nacidos de la madre, su pareja y otras madres que conocen. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Opinión Madres	n (%)	n (%)	0,003	-	0,9 (0,3-3,0)
Lactancia Artificial	28/28 (100)	0/28 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	197/257 (76,7)	60/257 (23,3)			
Lactancia Parcial	12/12 (100)	0/12 (0)			
Opinión Pareja	n (%)	n (%)	0,009	-	2,0 (0,7-5,6)
Lactancia Artificial	34/35 (97,1)	1/35 (2,9)			
Lactancia Materna Exclusiva	181/236 (76,7)	55/236 (23,3)			
Lactancia Parcial	18/20 (90,0)	2/20 (10,0)			
Opinión de otras madres	n (%)	n (%)	0,010	-	
Lactancia Artificial	49/57 (86,0)	8/57 (14,0)			1
Lactancia Materna Exclusiva	147/191 (77,0)	44/191 (23,0)			1,7 (0,7-4,0)
Lactancia Parcial	27/27 (100)	0/27 (0)			-

Todas las madres que continúan con lactancia materna a los 12 meses, opinaban que la mejor opción era la lactancia materna exclusiva (23,3%).

En el caso de la opinión de las parejas (23,3% vs. 2,9%) y otras madres que conocen (23,0% vs. 14,0%), se objetiva una mayor prevalencia de lactancia materna en aquellos que opinaban que la lactancia materna exclusiva era su primera opción, ambos frente a la lactancia artificial (**Tabla 81**).

Cuando ajustamos en un modelo multivariado por la opinión de las madres, de la pareja y de la opinión de otras madres objetivamos que ninguna de las variables predice la probabilidad de lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 81**).

6.5.6 Características de la educación maternal

Entre las variables relacionadas con la *educación maternal* en su centro de salud habitual, podemos asegurar que existe una variable que se asocia estadísticamente con la lactancia materna a los 12 meses. Esta variable es “asistencia a clases de educación maternal” (**Tabla 82**).

Tabla 82: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de Educación Maternal. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado	Análisis Multivariado
	n (%)	n (%)	p	OR ajustado
Control de Embarazo en Centro de Salud Habitual			0,944	
No	12/15 (80,0)	3/15 (20,0)		1
Sí	243/301 (80,7)	58/301 (19,3)		0,9 (0,3-3,5)
Oferta en Centro de Salud habitual			0,149	1,3 (0,4-4,3)
No	34/38 (89,5)	4/38 (10,5)		1
Sí	223/280 (79,6)	57/280 (20,4)		2,2 (0,7-6,4)
Asistencia a Educación Maternal			0,006	
No	98/110 (89,1)	12/110 (10,9)		1
Sí	159/208 (76,4)	49/208 (2,6)		2,5 (1,3-4,9)
Actividades aprendidas u ofertadas en las clases de Educación Maternal				
Información sobre lactancia materna			0,078	
No	1/3 (33,3)	2/3 (66,7)		1
Sí	157/204 (77,0)	47/204 (23,0)		0,1 (0,0-1,7)
Información sobre contacto precoz piel con piel			0,578	-
No	1/1 (100)	0/1 (0)		
Sí	158/207 (76,3)	49/207 (23,7)		
Información sobre alojamiento conjunto			0,373	
No	12/14 (85,7)	2/14 (14,3)		1
Sí	136/181 (75,1)	45/181 (24,9)		1,9 (0,4-9,2)
Publicidad de leche artificial			0,996	
No	134/176 (76,1)	42/176 (23,9)		1
Sí	16/21 (76,2)	5/21 (23,8)		0,9 (0,3-2,9)
Enseñanza sobre preparación biberón leche artificial			0,478	
No	135/181 (74,6)	46/181 (25,4)		1
Sí	14/17 (82,4)	3/17 (17,6)		0,6 (0,2-2,3)
Petición Individual preparación biberón leche artificial			0,100	
No	208/264 (78,8)	56/264 (21,2)		1
Sí	24/26 (92,3)	2/26 (7,7)		0,3 (0,1-1,3)

Se objetiva que la no asistencia a clases de educación maternal aumenta la prevalencia de lactancia artificial a los 12 meses de edad del lactante (48,9% vs. 26,7%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas, como son el control del embarazo en su centro de salud habitual, la oferta de clases de educación maternal, la información sobre la lactancia materna durante las clases, la información sobre la importancia del contacto precoz piel con piel, la información sobre el alojamiento conjunto, dar publicidad sobre leches artificiales o la enseñanza (en general, o a petición individual) de preparación de un biberón de leche artificial (**Tabla 82**).

Sin embargo, cabe resaltar que los porcentajes de lactancia materna a los 12 meses son mayores en los casos de aquellas madres a las que le ofertaron asistir a Educación maternal en su centro de salud (20,4% vs. 10,5%), e aquellas madres que fueron informadas sobre alojamiento conjunto (24,9% vs. 14,3%) o no les enseñaron cómo preparar un biberón de leche artificial (17,6% vs. 25,4%), ni pidieron que se les enseñara a prepararlos (7,7% vs. 21,2%).

Si se ajustan las variables de Educación Maternal mediante un análisis de regresión, la oferta y la asistencia a clases de educación maternal, se objetiva que la asistencia a Educación Maternal se muestra como variable independiente que predice la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (OR=2,3) (**Tabla 82**). No se ajustan otras variables, porque las diferentes actividades formativas sólo se presentan en aquellas madres que sí asistieron a clases de educación maternal.

6.5.7 Características del parto

Entre las variables relacionadas con el *parto* y, tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que ni el parto gemelar ni el tipo de parto se asocian de forma significativa con la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 83**).

Aunque no hemos objetivado diferencias significativas entre el parto gemelar y la continuidad con la lactancia materna a los 12 meses, ninguna madre con parto gemelar continúa lactando.

Tabla 83: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del parto. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Parto gemelar			0,101		-
No	247/308 (20,2)	61/308 (19,8)		1	
Sí	11/11 (100)	0/11 (0)		0,8 (0,7-0,8)	
Tipo de parto			0,699	1,5 (0,8-2,6)	
Quirúrgico	57/68 (83,8)	11/68 (16,2)			1
Eutócico	141/178 (79,2)	37/178 (20,8)			1,3 (0,6-2,8)
Instrumental	49/60 (81,7)	11/60 (18,3)			1,1 (0,4-2,7)

Por otro lado, hay una mayor de prevalencia de lactancia materna a los 12 meses en las madres que tuvieron un parto eutócico, frente a las que tuvieron una parto instrumental o quirúrgico (20,8% vs. 18,3% vs. 16,2%). Sin embargo, si se distinguen el tipo de partos entre eutócicos y distócicos, la prevalencia de lactancia se daría en los partos distócicos (20,8% vs. 34,5%).

Tras ajustar mediante un modelo multivariado por la presencia o no de parto gemelar y el tipo de parto, se muestra que ninguna de las 2 variables tiene un efecto independiente para predecir lactancia materna a los 12 meses (**Tabla 83**).

6.5.8 Características del recién nacido

Entre las variables relacionadas con el *recién nacido*, tras realizar un análisis bivariado, se objetivan diferencias estadísticamente significativas respecto al género del recién nacido (**Tabla 84**).

Tabla 84: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Género			0,002		
Femenino	102/140 (72,9)	38/140 (27,1)		1	1
Masculino	150/173 (86,7)	23/173 (13,3)		0,4 (0,2-0,7)	0,3 (0,2-0,7)
	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
Peso (Gramos)	3242,5±541,8 (257)	3361,6±505,5 (61)	0,119		1,0 (0,9-1,0)
Talla (Centímetros)	49,1±2,3 (144)	49,4±2,2 (47)	0,448		1,1 (0,8-1,3)

Se observa una mayor la prevalencia de lactancia a los 12 meses en caso de los recién nacidos de género femenino (27,1% vs. 13,3%).

No se han encontrado diferencias significativas en las variables peso o talla de los recién nacidos en la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses; respecto a la talla, las medias son similares en ambos tipos de lactancias. Respecto al peso al nacer de los recién nacidos, la media de los pesos es mayor en aquellos bebés que continúan con lactancia materna a los 12 meses (3361,6 gramos vs. 3242,5 gramos) (**Tabla 84**).

Cuando se ajusta por las 3 variables a la vez (género, peso y talla de los recién nacidos), la variable género modifica significativamente la probabilidad de lactancia de lactancia materna a los 12 meses (OR= 0,3) (**Tabla 84**). La existencia de recién nacidos de género masculino disminuye por 3,3 veces dicha prevalencia.

6.5.9 Análisis conjunto de variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido

Tras tomar en consideración las variables que en análisis univariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna a los 12 meses, teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido, se evidencia que ninguna de las variables se asocia estadísticamente con la prevalencia de lactancia a los 12 meses (**Tabla 85**).

Sin embargo, las variables consumo de tabaco y lactancia previa se acercan a la significancia estadística. El consumo de tabaco disminuye la probabilidad de lactancia materna a los 12 meses (OR= 0,3; 95% IC: 0,1-1,2); es decir, las fumadoras presenta 3,3 veces más probabilidad de no dar lactancia materna a los 12 meses ($1/0,3 = 3,3$). Por otra parte, la lactancia en partos previos aumenta la probabilidad de lactancia a los 12 meses (OR= 4,2; 95% IC: 0,8-21-7).

Tabla 85: Modelo de regresión logística para predecir la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses de vida de los lactantes. Ajustando por variables sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido.

Predicción de lactancia materna a los 12 meses					
VARIABLE	B	p	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Edad de la madre	0,610	0,107	1,841	0,877	3,866
Nivel de Estudios de la Madre					
Sin estudios/Graduado		0,322	1		
Educación Secundaria	0,656	0,606	1,927	0,159	23,316
Bachiller	-1,028	0,414	0,358	0,030	4,212
Formación Profesional	-1,222	0,257	0,295	0,036	2,443
Universitarios	-0,041	0,966	0,959	0,141	6,510
Consumo de Tabaco	-1,210	<u>0,093</u>	0,298	0,073	1,222
Hipertensión	-0,423	0,730	0,655	0,059	7,226
Diabetes	1,725	0,262	5,612	0,275	114,490
Lactancia previa	1,428	<u>0,091</u>	4,170	0,796	21,860
Asistencia a Educación Maternal	0,658	0,214	1,931	0,684	5,448
Género del recién nacido	-0,446	0,412	0,640	0,220	1,859

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad, ni el nivel de estudios, ni la comorbilidad medida por antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el género del recién nacido (**Tabla 85**).

6.5.10 Características de la lactancia materna en la primera hora de vida del recién nacido

Entre las variables relacionadas con la *primera hora de vida del recién nacido* tras el parto, al realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: tipo de lactancia en la primera toma y la duración del primer contacto piel con piel (**Tabla 86**).

Se objetiva que las madres que dieron lactancia materna como primera toma (24,4% vs. 8,8%), aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses.

Por otro lado, la duración del primer contacto piel con piel de más de 50 minutos, aumenta la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (26,5% vs. 5,7%).

Tabla 86: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables en primera hora de vida del recién nacido. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Información sobre lactancia materna durante proceso de parto	n (%)	n (%)	0,980		
No	147/184 (79,9)	37/184 (20,1)		1	
Sí	67/84 (79,8)	17/84 (20,2)		1,0 (0,5-1,9)	
Oferta y ayuda con lactancia durante el parto	n (%)	n (%)	0,635		
No	82/108 (75,9)	26/108 (24,1)		1	
Sí	127/162 (78,4)	35/162 (21,6)		0,9 (0,5-1,6)	
Tipo de lactancia en primera toma	n (%)	n (%)	0,003		
Lactancia Artificial	73/80 (91,3)	7/80 (8,8)		1	
Lactancia Materna	161/213 (75,6)	52/213 (24,4)		3,4 (1,5-7,8)	
Primera toma lactancia materna en primeros 50 minutos	n (%)	n (%)	0,543		0,6 (0,2-1,6)
No	41/52 (78,8)	11/52 (21,2)		1	
Sí	117/158 (74,1)	41/158 (25,9)		1,3 (0,6-2,7)	
Contacto piel con piel inmediato – Primeros 5 minutos	n (%)	n (%)	0,469		
No	66/79 (83,5)	13/79 (16,5)		1	
Sí	186/233 (79,8)	47/233 (20,2)		1,3 (0,7-2,5)	
Conoce causa de no contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,400		
No	11/12 (91,7)	1/12 (8,3)		1	
Sí	54/66 (81,8)	12/66 (18,2)		2,4 (0,3-20,8)	
Duración Primer contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,006	-	1,7 (1,0-2,9)
Menos de 50 minutos	50/53 (94,3)	3/53 (5,7)			1
Más de 50 minutos	83/113 (73,5)	30/113 (26,5)			4,4 (1,2-16,2)
Hasta primera toma	46/62 (74,2)	16/62 (25,8)			4,8 (1,2-19,2)

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas, como son la información sobre lactancia materna durante el proceso de parto, la oferta y ayuda de lactancia durante el parto, la realización de la primera toma en los primeros 50 minutos, el contacto precoz piel con piel en los primeros 5 minutos o conocer la causa de la imposibilidad de realizar contacto precoz piel con piel (**Tabla 86**).

6.5.11 Características de la lactancia materna en el puerperio inmediato

Tras realizar un análisis bivariado, entre las variables relacionadas con el *puerperio inmediato*, existen diferencias significativas en las variables información sobre extracción de leche manualmente y permanecer juntos tras el parto (**Tabla 87**).

Tabla 87: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio inmediato. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Ayuda con lactancia materna 6 primeras horas	n (%)	n (%)	0,635		
No	82/108 (75,9)	26/108 (24,1)		1	
Sí	127/162 (78,4)	35/162 (21,6)		0,9 (0,5-1,6)	
Ayuda para reconocer que estaba listo para amamantar	n (%)	n (%)	0,799		
No	97/120 (80,8)	23/120 (19,2)		1	
Sí	109/137 (79,6)	28/137 (20,4)		1,1 (0,6-2,0)	
Información sobre correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,769		
No	72/94 (76,6)	22/94 (23,4)		1	
Sí	136/174 (78,2)	38/174 (21,8)		0,9 (0,5-1,7)	
Descripción de correcto agarre y posición	n (%)	n (%)	0,657		
No	24/30 (80,0)	6/30 (20,0)		1	
Sí	145/190 (76,3)	45/190 (23,7)		1,2 (0,5-3,2)	
Información sobre extracción leche manual	n (%)	n (%)	0,026		
No	133/177 (75,1)	44/177 (24,9)		1	
Sí	79/91 (86,8)	12/91 (13,2)		0,5 (0,2-0,9)	0,5 (0,3-1,1)
Información sobre conservación y almacenaje de leche	n (%)	n (%)	0,181		
No	117/157 (74,5)	40/157 (25,5)		1	
Sí	92/113 (81,4)	21/113 (18,6)		0,7 (0,4-1,2)	
Información sobre vínculo materno-filial, contacto piel con piel y alojamiento conjunto	n (%)	n (%)	0,104		
No	45/63 (71,4)	18/63 (28,6)		1	
Sí	182/225 (80,9)	43/225 (19,1)		0,6 (0,3-1,1)	
Permanecisteis juntos tras el parto	n (%)	n (%)	0,018		
No	78/89 (87,6)	11/89 (12,4)		1	1
Sí	153/203 (75,4)	50/203 (24,6)		2,3 (1,1-4,7)	1,9 (0,9-3,9)

Se observa una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses respecto al a variable Información sobre extracción de leche manualmente, en aquellas mujeres que no fueron informadas (24,9% vs. 13,2%) (OR=0,5).

Se objetiva que las madres que permanecieron junto a sus bebés tras el parto, tienen más probabilidades de mantener lactancia materna a los 12 meses (24,6% vs. 12,4%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas como el recibir ayuda con la lactancia materna en las primeras 6 horas de vida, la ayuda en para reconocer que estaba listo para amamantar, la información sobre el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, describir el correcto agarre y posición durante el amamantamiento, información sobre conservación y almacenaje de leche o la información sobre la importancia del vínculo materno-filial, el contacto piel con piel y el alojamiento conjunto (**Tabla 87**).

Presenta una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses en las madres que no fueron informadas sobre la conservación y almacenaje de leche (25,5% vs. 18,6%).

6.5.12 Características de la lactancia materna en el puerperio hospitalario

Entre las variables relacionadas con el *puerperio hospitalario*, tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que existen diferencias significativas en las variables necesidad de suplementos, en la utilización de chupetes, tetinas y biberones e información sobre resolución de problemas y búsqueda de personal de apoyo tras el alta hospitalaria (**Tabla 88**).

Respecto a la variable necesidad de suplementos durante el puerperio, aquellos recién nacidos que no necesitaron suplementos, existe mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (18,7% vs. 36,1%).

En lo que respecta a la utilización de chupetes, tetinas y biberones, aquellas mujeres que no los utilizaron, presentan mayor prevalencia de lactancia a los 12 meses (10,4% vs. 27,5%).

Se objetiva que las madres que recibieron información sobre cómo solucionar problemas que pudieran surgir en su lactancia, así como disponer de apoyo tras el alta, presentan mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses (16,1% vs. 25,6%).

Tabla 88: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio hospitalario. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Necesidad de suplementos			0,004		
No	339/61 (63,9)	22/61 (36,1)		1	1
Sí	170/209 (81,3)	39/209 (18,7)		0,4 (0,2-0,8)	0,4 (0,2-0,8)
Explicación sobre necesidad de suplementos			0,825		
No	35/43 (81,4)	8/43 (18,6)		1	
Sí	107/134 (18,6)	27/134 (20,1)		1,1 (0,5-2,7)	
Tipo de suplemento administrado			0,530	-	
Lactancia Artificial	89/110 (80,9)	21/110 (19,1)			
Lactancia Materna	15/16 (93,8)	1/16 (6,3)			
Glucosa	22/29 (75,9)	7/29 (24,1)			
Lactancia Artificial + glucosa	9/11 (81,8)	2/11 (18,2)			
Información sobre riesgos de chupetes, biberones y tetinas			0,750		
No	150/187 (80,2)	37/187 (19,8)		1	
Sí	81/103 (78,6)	22/103 (21,4)		1,1 (0,6-2)	
Utilización de chupetes, tetinas, biberones			<0,001		
No	124/171 (72,5)	47/171 (27,5)		1	
Sí	120/134 (89,6)	14/134 (10,4)		0,3 (0,2-0,6)	0,4 (0,2-0,6)
Publicidad de leche artificial			0,325		
No	223/275 (81,1)	52/275 (18,9)		1	
Sí	19/26 (73,1)	7/26 (26,9)		1,6 (0,6-3,9)	
Enseñanza para reconocer signos de hambre			0,722		
No	117/144 (81,3)	27/144 (18,8)		1	
Sí	121/152 (79,6)	31/152 (20,4)		1,1 (0,6-2)	
Enseñanza individual de preparación de leche artificial			0,255		
No	208/264 (78,8)	56/264 (21,2)		1	
Sí	24/26 (92,3)	2/26 (7,7)		0,3 (0,1-1,3)	
Ánimo para alimentar al bebé a demanda			0,433		
No	41/49 (83,7)	8/49 (16,3)		1	
Sí	181/230 (78,7)	49/230 (21,3)		1,4 (0,6-3,2)	
Apoyo a la Lactancia a demanda			0,733		
No	62/79 (78,5)	17/79 (21,5)		0,9 (0,5-1,7)	
Sí	155/193 (80,3)	38/193 (19,7)			
Información sobre resolución problemas y personal de apoyo			0,044		
No	100/135 (74,1)	35/135 (25,9)		0,5 (0,3-0,9)	0,5 (0,3-0,9)
Sí	120/143 (83,9)	23/143 (16,1)			

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas durante el resto del puerperio en su estancia hospitalaria. Estas variables son las siguientes: la explicación sobre la necesidad de suplementos, la

manera de administrar ese suplemento, el recibir información sobre los riesgos de los chupetes, biberones y tetinas, recibir publicidad sobre leche artificial, la enseñanza para saber reconocer los signos de hambre de los bebés, la enseñanza individual de preparación de leche artificial, el recibir apoyo a la lactancia a demanda y recibir apoyo a la lactancia a demanda (**Tabla 88**).

6.5.13 Características de la lactancia materna en el puerperio en unidades especiales

Tras realizar un análisis bivariado, se objetiva que entre las variables relacionadas con el *puerperio en unidades especiales*, existen diferencias significativas en la variable Ingreso en unidades especiales y motivación para contacto piel con piel (**Tabla 89**).

Tabla 89: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables del puerperio en unidades especiales. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Ingreso	n (%)	n (%)	0,028	0,4 (0,2-0,8)	0,4 (0,0-4,1)
No necesitó ingreso	160/211 (75,8)	51/211 (24,2)			
Sí necesitó ingreso	81/91 (89,0)	10/91 (11,0)			
Neonatos	66/75 (88,0)	9/75 (12,0)			
Cuidados Intensivos	15/16 (93,8)	1/16 (6,3)			
Motivo de ingreso	n (%)	n (%)	0,562	-	
Cesárea	29/33 (87,9)	4/33 (12,1)			
Patología Materna	4/4 (100)	0/4 (0)			
Patología Neonato	39/43 (90,7)	4/43 (9,3)			
Patología en madre y Neonato	1/1 (100)	0/1 (0)			
Cesárea + Patología madre	7/8 (87,5)	1/8 (12,5)			
Cesárea + Patología bebé	1/2 (50,0)	1/2 (50,0)			
Motivación para contacto piel con piel	n (%)	n (%)	0,003		
No	27/34 (79,4)	7/34 (20,6)		1	
Sí	65/67 (97,0)	2/67 (3,0)		0,1 (0,0-0,6)	0,1 (0,0-0,6)
Apoyo a inicio de la lactancia materna	n (%)	n (%)	0,104		
No	32/38 (84,2)	6/38 (15,8)		1	
Sí	51/54 (94,4)	3/54 (5,6)		0,3 (0,1-1,3)	
Acceso padres sin restricciones	n (%)	n (%)	0,846		
No	16/18 (88,9)	2/18 (11,1)		1	1
Sí	66/73 (90,4)	7/73 (9,6)		0,8 (0,2-4,5)	1,7 (0,3-10,2)
Información sobre extracción manual de leche	n (%)	n (%)	0,205		
No	39/46 (84,8)	7/46 (15,2)		1	
Sí	41/44 (93,2)	3/44 (6,8)		0,4 (0,1-1,7)	

Se objetiva que existe una mayor prevalencia de lactancia materna en el caso de aquellos recién nacidos que no necesitaron ingreso en alguna de las 2 unidades de cuidados especiales (24,2% vs. 11,0%).

Existe una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses en las madres que no fueron motivadas para realizar contacto piel con piel. Resultado parecido se encuentra la variable, no estadísticamente significativa, apoyo a inicio de la Lactancia Materna, donde se objetiva que en las madres que no recibieron este apoyo (5,6% vs. 15,8%), hay una mayor prevalencia de la lactancia materna a los 12 meses; así como en la variable acceso de los padres sin restricciones (9,6% vs. 11,1%).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las restantes variables estudiadas a los 12 meses: motivo de ingreso en Unidad Especial de cuidados, apoyo para el inicio de la lactancia materna, acceso al padre sin restricciones o información sobre extracción manual de leche materna (**Tabla 89**).

6.5.14 Características de la lactancia materna al alta hospitalaria

Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de lactancia a los 12 meses, tras realizar un análisis bivariado, respecto a las variables *lactancia materna al alta hospitalaria* (**Tabla 90**).

Tabla 90: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia al alta hospitalaria. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado
			p	OR crudo	OR ajustado
Lactancia al Alta Hospitalaria	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Lactancia Artificial	72/72 (100)	0/72 (0)			
Lactancia materna Exclusiva	91/229 (40,0)	138/229 (60,0)			
Lactancia Parcial	30/37 (81,1)	7/37 (18,9)			

Se objetiva una mayor prevalencia de lactancia a los 12 meses entre aquellas mujeres que estaban con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria frente a la lactancia parcial (60,0% vs. 18,9%).

6.5.15 características de la lactancia materna a los 4 meses

Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de lactancia a los 12 meses, tras realizar un análisis bivariado, respecto a las variables *lactancia materna a los 4 meses* (Tabla 91).

Se objetiva que todas las mujeres que siguen con lactancia materna a los 12 meses, estaban con lactancia materna exclusiva a los 4 meses (41,1%).

Tabla 91: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según Lactancia Materna a los 4 meses. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia materna a los 4 meses	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Lactancia Artificial	155/155 (100)	0/155 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	86/146 (58,9)	60/14 (41,1)			
Lactancia Parcial	17/17 (100)	0/17 (0)			
Tiempo de cambio de lactancia	Media±DT (n)	Media±DT (n)	0,009	0,5 (0,4-2,3)	
1 mes	23/24 (95,8)	1/24 (4,2)			
1,5 meses	5/5 (100)	0/5 (0)			
10 días	3/3 (100)	0/3 (0)			
15 días	4/4 (100)	0/4 (0)			
2 meses	17/17 (100)	0/17 (0)			
2,5 meses	5/5 (100)	0/5 (0)			
21 días	7/7 (100)	0/7 (0)			
3 días	4/4 (100)	0/4 (0)			
3 meses	10/11 (91)	1/11 (9)			
3,5 meses	8/8 (100)	0/8 (0)			
4 meses	32/39 (82,1)	7/39 (17,9)			
5 días	2/2 (100)	0/2 (0)			
7 días	2/2 (100)	0/2 (0)			

Se observa diferencias significativas en el cambio de lactancia materna antes de los 4 meses, cambiando las madres con lactancia artificial antes que las de lactancia materna (2,23±1,3 meses vs. 3,56±1,0 meses) (Tabla 91).

6.5.16 Características de la lactancia materna a los 6 meses

Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de lactancia a los 12 meses, tras realizar un análisis bivariado, respecto a las variables *lactancia materna a los 6 meses* (Tabla 92).

Se objetiva una mayor prevalencia de lactancia materna a los 12 meses, en aquellas madres con lactancia materna exclusiva a los 6 meses, frente a las que estaban con lactancia parcial (61,1% vs. 52,6%).

Se observa diferencias significativas en el cambio de lactancia materna antes de los 6 meses, cambiando las madres con lactancia artificial antes que las de lactancia materna (5,23±0,77 meses vs 5,77±0,4 meses) (Tabla 92).

Tabla 92: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes según variables de lactancia materna a los 6 meses de vida de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial	Lactancia Materna	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia hasta 6 meses	n (%)	n (%)	<0,001	-	
Lactancia Artificial + Alimentación Complementaria	205/205 (100)	0/205 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	7/18 (38,9)	11/18 (61,1)			
Lactancia Materna + Alimentación Complementaria	24/60 (40,0)	36/60 (60,0)			
Lactancia Parcial + Alimentación Complementaria	16/28 (57,1)	12/28 (42,9)			
Lactancia Parcial	6/8 (75)	2/8 (25)			
<hr/>					
Lactancia Artificial	205/205 (100)	0/205 (0)			
Lactancia Materna Exclusiva	7/18 (38,9)	11/18 (61,1)			
Lactancia Parcial	46/96 (47,9)	50/96 (52,1)			
Tiempo de cambio de lactancia	Media±DT (n)	Media±DT (n)	<0,001	0,1 (0,3-0,8)	
4 meses	17/18 (94,4)	1/18 (5,5)			
4,5 meses	11/11 (100)	0/11 (0)			
5 meses	17/23 (73,9)	6/23 (26,1)			
5,5 meses	10/16 (62,5)	6/16 (37,5)			
6 meses	39/73 (53,4)	34/73 (46,6)			

6.5.17 Características de la lactancia materna a los 12 meses

Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de *lactancia a los 12 meses*, tras realizar un análisis bivariado (**Tabla 93**).

Tabla 93: Lactancia materna a los 12 meses de edad de los lactantes. Análisis univariado y multivariado para predecir lactancia materna.

VARIABLES	Lactancia Artificial n (%)	Lactancia Materna n (%)	Análisis Univariado		Análisis Multivariado OR ajustado
			p	OR crudo	
Lactancia materna a los 12 meses	n (%)	n (%)	<0,001	18,6 (2,5-137,2)	
No sigue con Lactancia Materna	60/245 (24,3)	187/247 (75,7)			
Sigue con Lactancia Materna	1/59 (1,7)	58/59 (98,3)			
Tiempo de cambio de lactancia	Media±DT (n)	Media±DT (n)			
	9,63±8,03 (55)	7,36±1,6 (11)	0,364	1,2 (-7,15-2,6)	
8 meses	16/16 (100)	0/16 (0)		-	
7 meses	7/13 (53,8)	6/13 (46,1)			
12 meses	8/9 (88,9)	1/9 (11,1)			
9 meses	7/7 (100)	0/7 (0)			
10 meses	5/5 (100)	0/5 (0)			
6,5 meses	2/5 (40)	3/5 (60)			
6 meses	4/4 (100)	0/4 (0)			
11 meses	3/3 (100)	0/3 (0)			
7,5 meses	2/3 (66,7)	1/3 (33,3)			
8,5 meses	1/1 (100)	0/1 (0)			
Quien recomendó cambio lactancia	n (%)	n (%)	0,005		
Pediatra	3/6 (50)	3/6 (50)			
Ella misma	4/7 (57,1)	3/7 (42,9)			

6.6 VARIABLES ASOCIADAS A LA LACTANCIA MATERNA EN EL SEGUIMIENTO EN EL TIEMPO

A modo de resumen final, se muestran las variables asociadas, tras análisis multivariado de regresión logística a la lactancia materna en los diferentes modelos estudiados (Tabla 94).

Tabla 94: Variables predictivas de lactancia materna tras realización de modelos multivariados de regresión en diferentes momentos en el tiempo ajustando por variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto, variables del recién nacido y lactancia en la primera toma.

VARIABLES	Meses tras el parto			
	Alta	4	6	12
Sociodemográficas de Madre				
Edad de la madre			L ↑	L ↑
Nivel de estudios		X ↑		
Comorbilidad				
Consumo de tabaco	X ↓			L ↓
Diabetes mellitus				
Hipertensión				
Antecedentes obstétricos				
Número de hijos	X ↑	-		
Lactancia previa	X ↑	L ↑	X ↑	L ↑
Educación maternal				
Asistencia a Educación Maternal		X ↑	L ↑	
Parto				
Gemelar	X ↓			-
Tipo de parto	-		-	-
Recién nacido				
Género				
Peso al nacimiento		-	-	-
Primera hora de vida				
Tipo de Lactancia en primera toma	-	X ↑		-
R cuadrado de Cox y Snell	0.364	0.366	0,227	0,226

L: Límite de la significancia estadística.

6.7 VALIDEZ Y SEGURIDAD DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A LA LACTANCIA

Se realiza un *estudio de la validez y seguridad* de las principales variables que se asocian con la probabilidad de lactancia materna en el seguimiento en el tiempo. Estas variables o antecedentes analizados fueron las siguientes: lactancia previa, asistencia a educación maternal, lactancia en la primera toma y consumo de tabaco (**Tabla 95**).

Según los valores observados, se demuestra una alta sensibilidad para la lactancia previa, sobre todo a los 4 meses (96,2%) (**Tabla 95**).

Por lo que respecta a seguridad, también la variable lactancia previa se muestra como la más decisiva. Se observa que la capacidad predictiva disminuye en el tiempo, comportándose de manera similar en las 4 variables, pero siendo más decisiva durante el alta hospitalaria.

El tipo de lactancia previa realizada tras anteriores partos se asocia a una mayor probabilidad de lactancia materna a lo largo del seguimiento en los primeros 12 meses de vida de los lactantes.

Tabla 95: Validez y seguridad de diferentes antecedentes para predecir lactancia materna en diferentes momentos en el seguimiento.

LACTANCIA PREVIA									
		Alta		4 meses		6 meses		12 meses	
	%	(95% IC)		(95% IC)		(95% IC)		(95% IC)	
Sensibilidad	93,3	87,4-96,7	96,2	88,7-99,0	94,9	84,9-98,7	92,6	74,2-98,7	
Especificidad	62,5	43,8-78,3	41,3	29,2-54,4	32,1	22,4-43,5	25,9	18,1-35,7	
Valor predictivo positivo	91,3	84,9-95,2	67,6	58,05-75,8	50,4	40,9-60,0	24,5	16,8-34,2	
Valor predictivo negativo	68,9	49,05-84,0	89,7	71,5-97,3	89,7	71,5-97,3	93,1	75,8-98,8	
Coefficiente de probabilidades positivo	2,5	1,6-3,9	1,6	1,3-2,0	1,4	1,2-1,6	1,2	1,1-1,5	
Coefficiente de probabilidades negativo	0,1	0,05-0,2	0,1	0,03-0,3	0,2	0,05-0,5	0,3	0,1-1,1	
ASISTENCIA A EDUCACIÓN MATERNAL									
		Alta		4 meses		6 meses		12 meses	
	% (95% IC)	% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)	
Sensibilidad	70,6	65,3-75,5	77,6	70,9-83,1	78,6	70,9-84,8	80,3	67,8-89,0	
Especificidad	56,8	44,7-68,1	46,3	38,5-54,3	41,7	34,9-48,8	38,1	32,2-44,4	
Valor predictivo positivo	87,8	83,1-91,4	63,6	57,1-69,6	48,9	42,4-55,6	23,6	18,1-30,0	
Valor predictivo negativo	30,4	23,1-38,9	63,0	53,7-71,6	73,3	64,1-80,9	89,1	81,4-93,9	
Coefficiente de probabilidades positivo	1,6	1,2-2,1	1,4	1,2-1,7	1,4	1,2-1,6	1,3	1,1-1,5	
Coefficiente de probabilidades negativo	0,5	0,4-0,7	0,5	0,4-0,7	0,5	0,4-0,7	0,5	0,3-0,9	
TIPO DE LACTANCIA EN LA PRIMERA TOMA									
		Alta		4 meses		6 meses		12 meses	
	% (95% IC)	% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)	
Sensibilidad	85,4	80,8-89,1	87,0	81,1-91,3	88,3	81,4-92,9	88,1	76,5-94,7	
Especificidad	69,2	56,4-79,8	43,1	35,1-51,6	38,4	31,4-45,8	31,2	25,4-37,6	
Valor predictivo positivo	92,8	88,9-95,4	65,9	59,6-71,8	51,5	44,9-58,0	24,4	18,9-30,8	
Valor predictivo negativo	50,6	88,9-95,4	72,4	61,6-81,2	81,6	71,6-88,8	91,2	82,2-96,1	
Coefficiente de probabilidades positivo	2,8	1,9-4,0	1,5	1,3-1,8	1,4	1,3-1,6	1,3	1,1-1,4	
Coefficiente de probabilidades negativo	0,2	0,1-0,3	0,3	0,2-0,4	0,3	0,2-0,5	0,4	0,2-0,8	
CONSUMO DE TABACO									
		Alta		4 meses		6 meses		12 meses	
	% (95% IC)	% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)		% (95% IC)	
Sensibilidad	18,7	14,4-23,8	14,4	9,6-20,8	13,9	8,6-21,6	13,8	6,6-25,9	
Especificidad	68,7	56,0-79,1	71,8	63,8-78,7	74,3	67,3-80,3	76,6	70,4-81,8	
Valor predictivo positivo	71,6	59,8-81,2	36,4	25,1-49,2	26,2	16,4-38,8	13,1	6,2-24,8	
Valor predictivo negativo	16,6	12,5-21,6	42,8	36,6-49,2	56,9	50,5-63,2	77,6	71,4-82,8	
Coefficiente de probabilidades positivo	0,60	0,4-0,9	0,51	0,3-0,8	0,54	0,3-0,9	0,59	0,3-1,2	
Coefficiente de probabilidades negativo	1,18	1,0-1,4	1,19	1,1,-1,3	1,16	1,0-1,3	1,13	0,9-1,3	

7. Discusión

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Partiendo del derecho de las madres y los padres a decidir cómo alimentar a sus bebés, a disponer de una información completa (3) respecto a la lactancia materna y, teniendo en cuenta que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y mantener la lactancia materna hasta que el niño cumpla los 2 años (6, 8-12), se inicia este estudio de investigación para conocer la situación actual en nuestra área.

Se pretende conocer la prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Ferrol, por lo que se ha estudiado una muestra representativa (n= 420) de las madres que inician este tipo de alimentación en el centro hospitalario de referencia.

La muestra está formada principalmente por mujeres de entre 31-35 años (mediana 33 años), de nacionalidad española que poseen estudios universitarios o formación profesional. La mayoría proceden de los municipios de Ferrol y Narón. Entre sus parejas, el 81% se encuentra en activo laboral y estudios universitarios.

A nivel de comorbilidad, son mujeres que no consumen tabaco en su mayoría, pero que poseen un porcentaje alto de patologías médico-quirúrgicas (teniendo en cuenta su cohorte de edad).

El 41,7% refiere haber tenido al menos un algún parto con anterioridad, y en el 82,2% señalaron la lactancia materna (LME o LP) como el tipo de alimentación elegido previamente.

Respecto a la asistencia a educación maternal prenatal, al 86,1% de las madres les ofertaron asistir a dichas clases en su centro de salud, pero el 20,3% no acudieron.

Sólo el 57,1% tuvieron un parto natural, sin necesidad de intervención. Once partos fueron gemelares.

Para el análisis de este estudio, como previamente se ha indicado, primero se procedió a un análisis univariado de las diferentes variables sociodemográficas de la madre, la pareja, la comorbilidad, el parto, el recién nacido y la asistencia a educación maternal que estuviesen asociadas a la prevalencia de lactancia materna, para posteriormente con las variables que han sido significativas o clínicamente relevantes, hacer un análisis multivariado de regresión en los diferentes momentos en el seguimiento.

7.1 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN DIFERENTES MOMENTOS EN EL SEGUIMIENTO

Los resultados de este estudio muestran que la prevalencia de la lactancia materna en el área sanitaria de Ferrol se sitúa en un nivel intermedio en relación a otros estudios, exceptuando el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, que puede considerarse muy bajo (5,4%).

Aunque en un comienzo, los datos son relativamente altos, la prevalencia de lactancia materna va disminuyendo paulativamente a lo largo de los meses de seguimiento, disminuyendo un 62,3% en 12 meses.

7.1.1 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA

Este trabajo puede afirmar que la *prevalencia de lactancia materna al alta* en la EOXI Ferrol es del 81,4%, mientras que la prevalencia de lactancia materna exclusiva es del 70,9%.

Este estudio pone de manifiesto que las mujeres que dan lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria, presentan mayor prevalencia de lactancia materna a los 4, 6 y 12 meses, por lo que se debe animar a iniciar lactancia materna exclusiva desde el inicio para mantener un porcentaje de lactancia mayor.

Este resultado está por debajo de los estándares marcados por los organismos oficiales como la OMS, que promulga una prevalencia al inicio mayor al 75% (7).

Los resultados observados en diferentes estudios muestran prevalencias de lactancia materna al alta entre 76% y alrededor del 100% en el caso de la lactancia materna y, entre el 47 - 90,3%, en caso de la lactancia materna exclusiva (**Tablas 96-97**).

La prevalencia de lactancia materna exclusiva obtenida en el presente estudio es menor a la obtenida por otros estudios relacionados con la lactancia materna, como son los de Rius y cols (69), Mora-Urda (70) Gomis (71), Oribe (72), Sacristán Marín (73) o Reverté Simó (74) en España. Todos estos estudios indican prevalencias de lactancia materna superiores al 80%.

A pesar de mantener una prevalencia baja, nuestra prevalencia es mayor a la publicada por Aguilar Cordero (23), Ruiz Poyato (75), Serrano Martos (76) o Iglesias Casás (38). En estos estudios se alcanza valores entre 53,3-66,3 % al alta hospitalaria.

Tabla 96: Relación de estudios de investigación publicados en España sobre prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria, variables asociadas a la lactancia y causas de abandono de la lactancia.

Autor	Lugar, año	n	Prevalencia		Variables asociadas
			LM (%)	LME (%)	
Artículos publicados en España					
Aguilar Cordero MJ, et al (23)	Granada, 2013	60	-	53,3	Tipo de parto vaginal sin epidural, la lactancia materna para el bebé, la actitud del personal sanitario y el estar acompañado en el momento del parto.
Iglesias Casás S (37).	Pontevedra, 2008	202	-	66,3	Inicio LM: nivel de estudios pareja y educación maternal. Mantenimiento LM: tabaquismo, nivel estudios pareja y lactancia a demanda
Rius JM, et al (69)	Valencia, 2013	452	81	-	Consumo de tabaco, uso chupetes, estudios universitarios
Mora-Urda AI, et al (70)	Madrid, 2015	217	88,8	-	Confianza en la lactancia, duración de baja materna.
Gomis Cebrián (71)	Murcia, 2009	1836	89,7	76,7	Peso, edad, paridad, actividad laboral, lugar de procedencia y nivel de estudios.
Oribe M, et al (72)	Guipúzcoa, 2015	638	-	84,8	Mediana duración LME: 75 días. Intención LM previa, la paridad, la comarca de residencia y la clase social
Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT (73)	Castilla y León, 2011		LP 10,7	81,2	Peso del recién nacido, Lactancia previa, Parto eutócico, consumo de tabaco
Reverté Simó M, et al (74)	Barcelona, 2015	495	89,5	-	Lactancia previa
Ruiz Poyato P, Martínez Galiano JM (75)	Jaén, 2014	49	30,6 LP 4,1 LA	65,3	Consumo de tabaco, estado civil, educación maternal
Serrano Martos J, López Ruiz B y Carrascosa López C (76)	Jaén, 2014	28	-	23,6	Partos quirúrgicos
Moll Pons JM, et al (77)	Palma de Mallorca, 2012		76	-	Contacto piel con piel precoz
Morán Rodríguez M, et al (78)	León, 2009	384	80,5	63,5	A mayor tiempo de amamantamiento mayor es el peso del niño. 43,4 % LME abandonaron a los tres meses.
González Camacho I, Rodríguez Duque N (79)	La Palma, 2010	166	±100	-	Uso de chupete

Por lo que respecta a estudios fuera de nuestro país, la prevalencia lograda es mayor a los resultados aportados por Brown en Nueva Escocia (80), Kersuzan en Francia (81), Espinosa Cadima en México (82) o Tarrant en Irlanda (83) (este último dato sólo respecto a las mujeres nativas irlandesas).

Por otro lado, destacan los datos obtenidos en Canadá por Al-Sahab, et al (84), donde mantiene una prevalencia de exclusividad al alta del 90,3%.

Además, se observado una prevalencia de lactancia artificial alta (18,2%), mayor a los resultados aportados por Ruiz Poyato (75) o Espinosa Cadima (82).

Tabla 97: Relación de estudios de investigación publicados fuera de España sobre prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria, variables asociadas a la lactancia y causas de abandono de la lactancia.

Autor	Lugar, año	n	Prevalencia		Variables asociadas
			LM (%)	LME (%)	
Artículos publicados fuera de España					
Brown CRL, Dodds L, Attenborough R, Bryanton J, Elliott Rose J, Flowerdew G, et al (80)	Nueva Escocia (Canada), 2013	5353	-	64,1	Nivel de estudios, Clase social baja, madre soltera, Índice de masa corporal (IMC) alto antes embarazo, consumo de tabaco, no contacto precoz piel con piel, intención de lactancia.
Kersuzan C, et al (81)	Francia, 2014	-	11,5 LP	59	Clase social baja, complicaciones en parto, nivel de estudios madre, nativos, peso de madre, consumo de tabaco, educación maternal
Espinoza Cadima C, Zamorano Jiménez CA, Graham Pontones S, Orozco Gutiérrez A (82).	México, 2014	140	55 LP 8,6 LA	36,4	Inicio temprano LM
Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ and Kearney JM (83).	Irlanda, 2010	450	-	37,1 - Irlandesas 79 - Extranjeras	País de referencia, edad de la madre, nivel de estudios de la madre, apoyo de los abuelos.
Al-Sahab B, et al (84)	Canadá, 2010	5615	-	90,3	-
Freitas TC, Silva SC, Chaves RG, Lamounier JA (85)	Brasil 2012	100	94	-	Tener 2 hijos

7.1.2 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA A LOS 4 MESES

La prevalencia de *lactancia materna a los 4 meses* recogida alcanzada en este estudio es del 54,7%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 49,4%.

Llama la atención la caída del 21,5% en la prevalencia de LME en sólo 4 meses, así como el descenso global de lactancia materna, que disminuye un 26,7%.

Las tasas de prevalencia observadas en varios estudios se muestran en la **Tabla 98**. Podemos apreciar prevalencias entre 7,2 - 53,7% de lactancia materna exclusiva a los 4 meses.

Tabla 98: Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 4 meses.

Autores	Lugar, año	N	LME (%)	Variables asociadas
Artículos publicados en España				
Mora-Urda AI, et al (70)	Madrid, 2015	217	23,3	Relación entre IMC y sobrepeso en niños que cesaron la LME
Oribe M, et al (72)	Guipúzcoa, 2015	638	53,7	-
Ruiz Poyato P y Martínez Galiano JM (75)	Jaén, 2014	49	51	-
Oves Suárez B (86)	Zaragoza, 2003	1438	37,2–Españolas 43 - Inmigrantes	Consumo de tabaco
Artículos publicados fuera de España				
Gorrita Pérez RR, et al (14)	Cuba, 2015	60	41,6	-
Tarrant RC, et al (83)	Irlanda, 2010	450	7,2 - Irlandesas 18,4 Extranjeras	País de procedencia, intención de lactancia, nivel de estudios
Souza de SN, Migoto MT, Rossetto EG, Mello de DF (87)	Londrina (Brazil) 2012	770	53,7	Edad ≥ 35 años, nivel de estudios bachiller, más de un hijo, baja por maternidad
Sadeck LSR y Leone CR (88)	Sao Paulo, 2013	1398	49,8	-

La prevalencia de lactancia materna en la muestra se encuentra por debajo de los estándares marcados por la OMS, aunque es mayor que otros estudios como los de Mora-Urda (23,3%)(70), Oves Suárez (37,2%) (86) (un 43% en inmigrantes) o Gorrita Pérez (41,6%) (14).

Sin embargo, la prevalencia de lactancia materna es menor que estudios como los de Ruiz Poyato and cols (51%) (75), Oribe M (53,6%) (72) o de Souza (53,7%) (89).

Numerosos estudios limitan su período de estudio a un máximo de 3 meses de seguimiento, lo que limita la comparación con nuestros resultados.

7.1.3 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA A 6 MESES

La prevalencia de *lactancia materna a los 6 meses* es del 41,6%, siendo la prevalencia de lactancia materna exclusiva del 5,4%.

7.1.3.1 Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses

La prevalencia de lactancia materna a los 6 meses se muestra por debajo de los estándares que persigue la OMS (50% a los 6 meses) (7). Además, este valor también

es menor al porcentaje de lactantes que según la OMS reciben lactancia materna exclusiva a los 6 meses (38%) a nivel mundial. Desgraciadamente, también está por debajo de los últimos datos de la ENS de 2011 (36) que cifraban la prevalencia en España en un 28,5%.

Existe una diferencia de 65,5% entre la prevalencia de lactancia materna exclusiva al alta y la mantenida a los 6 meses (70,9% al alta vs. 5,4% a 6 meses).

Las prevalencias de lactancia materna exclusiva a los 6 meses, observadas en varios estudios, se muestran en las **Tablas 99-100**.

Tabla 99: Relación de estudios de investigación publicados en España sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses.

Autor	Lugar, año	n	Lactancia materna exclusiva (%)	Variables asociadas / Causas cambio LM
Artículos publicados en España				
Palou Oliver MA, et al (36)	Palma de Mallorca, 2015	218	15.1	Hijo único, consumo de tabaco, lactancia previa, gemelaridad
Iglesias Casás S(38)	Pontevedra, 2008	202	23,7	Mantenimiento LM: tabaquismo, nivel estudios pareja y lactancia demanda.
Mora-Urda AI, et al (70)	Madrid, 2015	217	13,6	Relación entre IMC y sobrepeso en niños que cesaron la LME
Gomis Cebriám y cols (71)	Murcia, 2009	1836	21,8	Peso, edad, paridad, actividad laboral, lugar de procedencia y nivel de estudios.
Oribe M, et al (72)	Guipúzcoa, 2015	638	15,4	Tiempo de baja por maternidad.
Reverté Simó M, et al (74)	Barcelona, 2015	495	33.1	Intención previa de lactancia y educación postparto aumentan la lactancia.
Oves Suárez B, et al (86)	Aragón, 2003	1452	13,9	No fumar
Relancio Crespo L (90)	Teruel, 2014	85	14,1	Lactancia previa, toma de suplementos en las primeras 24h
Morán Rodríguez M, et al (78)	Madrid, 2009	384	22,6	Los bebés con LME a los 6 meses ganan menos peso y consultan menos al pediatra.
González Camacho I, Rodríguez Duque N (79)	La Palma, 2010	166	25	Uso de chupete

En la literatura revisada, se muestra una prevalencia de *lactancia materna exclusiva* a los 6 meses entre 0,2-45,8%.

Los resultados conseguidos en nuestro estudio son consistentes con otros estudios similares (14, 36, 38, 71-74, 78, 79, 82, 86-88, 90-93) donde se muestran valores de

prevalencia de lactancia materna por debajo de los estándares esperados por la OMS (50% a los 6 meses) (7).

Tabla 100: Relación de estudios de investigación publicados fuera de España sobre prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses.

Autor	Lugar, año	n	Lactancia materna exclusiva (%)	Variables asociadas / Causas cambio LM
Artículos publicados fuera de España				
Gorrita Pérez RR, et al (14)	Cuba, 2015	60	13,3	- Padecen más enfermedades en lactantes que no recibieron LME
Brown CRL, et al (80)	Nueva Escocia (Canada), 2013	5353	10,4	Nivel de estudios, Clase social baja, madre soltera, IMC alto antes embarazo, consumo de Tabaco, no contacto precoz piel con piel, intención de lactancia.
Tarrant RC, et al (83)	Irlanda, 2010	450	0,2 - Irlandesas	País de procedencia, intención de lactancia, nivel de estudios
Al-Sahab B, et al(84)	Canadá, 2010	5615	13,8	Nivel educativo, lugar de residencia, vivir con su pareja, paridad, IMC y edad de la madre
Souza de SN, et al (87)	Londrina (Brazil) 2012	770	7,8	Edad igual o superior a 35 años, escolaridad de tercer grado, más de un hijo y estaban con licencia-maternidad
Sadeck LSR, Leone CR (88)	Sao Paulo, 2013	1398	39	-
Londoño Franco AL y Mejía López MS (91)	Calarca (Colombia) 2010	384	24	Desconocimiento exclusividad. Inicio AC antes 4 meses, se asocia con menos LM
Rosa Niño M, Gioconda Silva E, Atalah SE (92)	Chile, 2012	414	45,8	Variables sociodemográficas.
González de Cosío T, et al (93)	México, 2013		14,4	Alimentación complementaria
Rocci E y Quintella Fernandes AR (94)	Sao Paulo (Brazil), 2014	225	34,1	Dificultad en la lactancia
Lessa Horta B, et al (95)	Brazil, 1997	1098	3,2	Consumo de tabaco
Barbosa LN, et al (96)	Brazil, 2015	306	-	Nivel de estudios, 2 salarios mínimos, planificación del embarazo, atención prenatal, primiparidad
Queluz MC, et al (97)	Sao Paulo, 2009	275	29,8	Trabajar fuera de casa aumenta x 3 disminuir LME

Sin embargo, se han encontrado prevalencias de LME menores en el estudio de Lessa Horta y cols (95) y Tarran y cols. (83).

7.1.3.2 Prevalencia de lactancia materna a los 6 meses

La *prevalencia de lactancia materna a los 6 meses*, observadas en varios estudios, se muestran en la **Tabla 101**.

Respecto a lactancia materna (exclusiva y parcial), nuestro dato del 41,6% también sigue por debajo de lo esperado.

Nuestra prevalencia es menor a la presentada en otros estudios donde no se especifica la exclusividad del amamantamiento (74, 98-100).

Aunque se han encontrado estudios con prevalencias de lactancia materna menores a la nuestra (36, 69, 84), en este estudio se encuentran por debajo de lo esperado.

Tabla 101: Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna a los 6 meses.

Autor	Lugar, año	n	Prevalencia LM (%)	VARIABLES ASOCIADAS
Artículos publicados en España				
Palou Oliver MA, et al (36)	Palma de Mallorca, 2015	218	37,6	Hijo único, consumo de tabaco lactancia previa, gemelaridad
Rius JM, et al (69)	Valencia, 2013	452	20	Consumo de tabaco, uso chupetes, estudios universitarios
Sacristán Martín AM, et al (73)	Castilla y León, 2011	804	36,5	Tipo de parto, consumo de tabaco, lactancia previa.
Moll Pons JM, et al (77)	Palma de Mallorca, 2012	76	37,8	-
Cuadron Andrés L, et al (98)	Zaragoza, 2013	1602	54,3	Tipo de parto, nivel de estudios, país, adiposidad, consumo de tabaco.
Artículos publicados fuera de España				
Sadeck LSR y Leone CR(88)	Sao Paulo, 2013	1398	39	-
Lessa Horta B, et al (95)	Brazil, 1997	1098	37,1	Consumo de tabaco
Basain Valdés M, et al (99)	Gínes (Brasil), 2015	320	56,7	-
Ribeiro PM, et al (100)	Minas Gerais (Brazil), 2012	282	26	Educación maternal
Rivera-Pasquel M, et al (101)	México, 2015	5384	-	Actividad laboral de la madre

7.1.4 PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA A 12 MESES

La prevalencia de lactancia materna a los 12 meses es del 19,1%.

Este dato se encuentra por debajo de lo esperado del objetivo marcado por la OMS, a los 12 meses, que es el de una prevalencia del 25% de lactancia materna (7).

En la **Tabla 102**, se agrupan diferentes estudios que muestran la prevalencia de lactancia materna a los 12 meses.

Tabla 102: Relación de estudios de investigación sobre prevalencia de lactancia materna a los 12 meses.

Autores	Lugar, año	n	Prevalencia Lactancia materna (%)	Variables asociadas
Artículos publicados en España				
Iglesias Casás S (38)	Pontevedra, 2008	202	10,2	Mantenimiento LM: tabaquismo, nivel estudios pareja y lactancia a demanda
Reverté Simó M, et al (74) Cuadron	Barcelona, 2015	495	46,3 (más de 6 meses)	La educación postparto aumenta la lactancia materna
Andrés L, et al (98)	Zaragoza, 2013	1602	27,8	Tipo de parto, nivel de estudios, país, adiposidad, consumo de tabaco
Artículos publicados fuera de España				
Souza de SN, et al (87)	Londrina (Brazil) 2012	770	51,5	Edad igual o superior a 35 años, escolaridad de tercer grado, más de un hijo y estaban con licencia-maternidad
Sadeck LSR y Leone CR(88).	Sao Paulo, 2013	1398	48,8	-
Basain Valdés M, et al (99)	Gïnes (Brasil), 2015	320	8,5	-

Nuestro dato es consecuente con otros estudios, en los que también se muestran datos por debajo de lo esperado, como los de Basaïn Valdés, et al (99) o Iglesias Casás (38). Por otro lado, en otros estudios, se observas prevalencias de lactancia materna a los 12 meses por encima del objetivo de la OMS (47, 87, 88, 98).

Se objetiva que todas las mujeres que ejercitaban la lactancia materna exclusiva a los 4 meses, siguen con lactancia materna a los 12 meses (41,1%). Es relevante que el mantener la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses, contribuya a seguir con lactancia materna más allá de los 6 meses.

VARIABLES ASOCIADAS A LA LACTANCIA MATERNA

Tras tener en consideración los determinantes que en el análisis univariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna, y teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido, se realiza un análisis multivariado, donde se observa que las variables que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna son (**Tabla 94**):

Al alta hospitalaria:

- consumo de tabaco
- número de hijos previos
- lactancia previa
- parto gemelar

A los 4 meses:

- nivel de estudios
- asistencia a educación maternal
- lactancia en primera toma.

La lactancia previa se encuentra en el límite de la significancia estadística.

A los 6 meses:

- lactancia previa.

Se encuentra en el límite de la significancia estadística la edad de la madre y la asistencia a educación maternal.

A los 12 meses: Se encuentra en el límite de la significancia estadística la edad de la madre, el consumo de tabaco y la lactancia previa.

A continuación, se comentan las principales variables que, según el presente estudio, se asocian a una mayor probabilidad de lactancia materna.

7.2.1 Consumo de Tabaco

El consumo de tabaco se asocia estadísticamente con una disminución en la lactancia materna, al alta hospitalaria, a los 4 y 6 meses en el presente estudio, pero, tras un análisis multivariado, se objetiva que disminuye la probabilidad de lactancia materna al alta.

En este estudio destaca el alto porcentaje de mujeres fumadoras (19,4%), ya que esta exposición genera comorbilidad, no sólo en la madre y en el recién nacido, sino que además, como ya hemos señalado, condiciona la prevalencia de lactancia materna.

Los resultados del estudio son consistentes con otros estudios relacionados. Se han encontrado estudios que demuestran que tanto el inicio como el mantenimiento y la duración de la lactancia materna son significativamente más bajas en madres fumadoras (36, 75, 77, 83, 86, 94, 98); es decir, disminuye la prevalencia de lactancia materna. En el trabajo de Iglesias Casás (38), se indica en el mantenimiento de la lactancia materna, no en el inicio de la misma.

Jaldo Jiménez y cols (102) indicaron que no parecen existir diferencias en la duración de la lactancia materna exclusiva, en función del hábito tabáquico de la madre pero sí en función del hábito tabáquico del padre; por lo que esta es una variable a tener en cuenta en próximos estudios.

7.2.2 Número de hijos previos

Un punto a tener en cuenta es la experiencia previa obtenida de otros embarazos, partos o puerperios vividos, puesto que ayuda en las expectativas y opiniones respecto a la lactancia actual que se estaba iniciando.

En este estudio, se objetiva que el número de hijos aumenta la prevalencia de lactancia materna al alta hospitalaria; en otros estudios se han publicado datos de asociación estadística entre probabilidad de lactancia materna y el número de hijos (71, 72, 82).

Palou Oliver y cols asocian el tener un hijo único con el aumento de la lactancia materna (36), mientras Freitas TC (85) lo asocia con tener **dos** hijos.

7.2.3 Lactancia previa

En el presente estudio se demuestra que la lactancia en partos previos se asocia con una mayor probabilidad de lactancia materna, en concreto, aumenta la probabilidad de lactancia materna al alta, a los 4 y a los 6 meses.

Nuestros estudios son consistentes con otros similares que también demuestran asociación positiva con la lactancia previa (36, 73, 74).

Parece importante comprobar el tipo de lactancia que se mantuvo tras partos previos, puesto que experiencias negativas, pueden condicionar la lactancia actual. Ya que es un factor positivo para la probabilidad de que las madres amamanten.

7.2.4 Tipo de Parto. Gemelaridad

El parto gemelar disminuye la probabilidad de lactancia materna al alta.

La mayoría de los partos han sido eutócicos, aunque el alto número de partos quirúrgicos ha de tenerse en cuenta, sobre todo, a la hora del inicio de la lactancia y el inicio del contacto piel con piel, que pueden estar interrumpidos (o incluso anulados) si la madre pasa unas horas en la unidad de reanimación. En este caso, se debe facilitar el contacto precoz piel con piel con la pareja, o incluso con algún hermano o hermana (si los hubiese).

Se muestra importante hacer seguimiento de las parejas con partos gemelares para que no abandonen la lactancia materna precozmente, como se ha observado en este estudio, puesto que ninguna de las madres con parto gemelar continuó la lactancia materna hasta al menos los 6 meses.

Aunque no se ha encontrado asociación entre el tipo de parto y la prevalencia de lactancia materna, otros estudios sí han encontrado diferencias con el tipo de parto (98, 103) o como factor negativo relacionado con la gemelaridad (36).

7.2.5 Nivel de estudios de la madre

Aquellas madres con estudios de formación profesional o estudios universitarios, presenta mayor probabilidad de lactancia materna al alta, a los 4 meses y a los 6 meses de vida de los lactantes.

Tras la realización de un análisis multivariado, la única variable con efecto independiente para predecir lactancia materna entre las variables sociodemográficas es el **nivel de estudios**. Se objetiva que un mayor nivel de estudios en la madre aumenta la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses.

Diversos estudios muestran una fuerte asociación entre el nivel de estudios de la madre con el incremento de la prevalencia de lactancia materna (38, 69, 71, 82, 98, 103, 104), la mayoría destacando esta asociación con los estudios universitarios (o de mayor nivel) para una mayor prevalencia.

Kersuzan C, et al (81) asocian una menor prevalencia de lactancia materna a niveles intermedios de estudios maternos.

Cabe destacar el estudio de Iglesias Casás que señala esa asociación con el nivel de estudios de la pareja (38), tanto para el inicio como el mantenimiento de la lactancia materna.

A pesar que el nivel de estudios más elevado se asocia positivamente con la duración de la LME (103), en estudios como el de Moll Pons et al (77) en Palma de Mallorca, a los 6 meses, expone que todas las mujeres lo hacen de manera similar, sin tener en cuenta sus estudios. Al contrario se observa en el estudio canadiense de Brown (80), donde el nivel de estudios se asocia con el abandono de la lactancia exclusiva (OR= 1,7).

7.2.6 Asistencia a educación maternal

La asistencia a educación maternal aumenta la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses, según se objetiva tras un análisis multivariado.

Un aspecto a tener en cuenta en la prevalencia de la lactancia materna es la asistencia a clases de educación maternal, puesto que las mujeres sean informadas de todos los aspectos de la lactancia materna, determina la misma.

Ribeiro PM y cols (100) indican que la lactancia materna es un tema que ha sido tratado con mujeres de forma superficial y escasa, por lo que es necesaria mayor formación al respecto, así como una mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación, indican Rosa Niño y cols (92).

También es importante señalar que el desconocimiento sobre la exclusividad en temas de lactancia materna, puede asociarse a baja prevalencia de lactancia materna (70).

Nuestros resultados son consistentes con otros estudios, pudiendo afirmar que la educación maternal sobre la lactancia materna que se proporciona en los programas de educación maternal favorece su instauración y mantenimiento, como se observa en diferentes estudios (38, 75, 77, 105, 106).

En nuestra muestra, un 65,8% de las mujeres acudieron a estas actividades formativas en los centros de atención primaria del área; quizás un dato bajo, por lo que se debería mejorar la oferta de educación maternal, así como tener en cuenta la captación de las puérperas tras el alta, para el seguimiento y resolución de dudas posteriores.

7.2.7 Lactancia materna en la primera hora de vida

Tal como promueve en el paso 4 hacia una feliz lactancia natural de la OMS, se “*debe ayudar a las madres a iniciar la lactancia en la media hora siguiente al parto (18)*”. Se recomienda que el inicio de la lactancia materna debe ser alentada lo antes posible después del nacimiento, preferentemente dentro de la primera hora (57) (grado de recomendación A).

Se ha demostrado que la lactancia materna en la primera hora de vida puede impactar positivamente en el tiempo de lactancia, es un mecanismo potencial para la promoción de la salud y se considera un indicador de la excelencia de la lactancia materna (107).

Por ese motivo, la primera toma con lactancia materna de cada recién nacido se determina como variable importante, así como el inicio precoz de la misma. En este estudio, se mantiene un alto porcentaje de lactancia materna en la primera toma (74,5%), aunque, sin embargo, este dato debería acercarse a la totalidad de la población.

Moll Pons y cols señalan esta asociación positiva en los primeros quince días, al igual que lo muestra con la variable contacto piel con piel, pero esa asociación desaparece a partir del primer mes, y señalan que tampoco se observa ninguna relación entre la práctica de «piel con piel» y la lactancia materna en la primera hora, con el abandono precoz de la lactancia (77).

Dicho hallazgo es coincidente con lo encontrado por otros autores que también resaltan esta asociación sobre la necesidad de iniciar la lactancia de manera precoz (23, 80, 84, 104, 106), tal como recomiendan la OMS y las últimas recomendaciones basadas en la evidencia.

7.2.8 Edad de la madre

Diferentes estudios indican que una mayor edad materna se asocia con un aumento de la prevalencia materna (71, 81, 82, 87), ya sea por mayor maduración biológica o por haber podido alcanzar un nivel de estudios mayor. Esta variable se muestra asociada en nuestro estudio a lo largo del seguimiento en los diferentes meses, donde se objetivó que a mayor edad de la madre, mayor prevalencia de lactancia materna.

Las madres de menor edad presentan una prevalencia menor de lactancia materna, por lo que debería ser un punto de atención para las actividades de educación maternal e incidir en captación en los controles de salud y durante el proceso de parto y puerperio, pues involucrarlas en la lactancia materna puede llegar a aumentar su prevalencia.

7.2.9 Otros determinantes de la lactancia materna

7.2.9.1 Actividad laboral de la madre

Aunque esta variable se muestra significativa al alta hospitalaria y los primeros meses, no se ha encontrado asociación entre la actividad laboral, de la madre o de la pareja, con la prevalencia de lactancia materna.

Muchas madres inician lactancia artificial desde los primeros días o semanas pensando en la imposibilidad de amantar más adelante por temas laborales, pero muchas abandonan la lactancia entre los 3- 6 meses por la vuelta al trabajo o incompatibilidad de horarios (84).

Diferentes estudios indican que trabajar fuera de casa triplica la posibilidad de disminuir la lactancia materna (80, 97, 108), aunque González de Cosío y cols lo relacionan con el primer año de vida en completo, no sólo de manera inicial (93).

Oribe y cols indican que en la etapa tardía del seguimiento influye este tiempo de baja por maternidad (72), para que se produzca una disminución en la prevalencia de lactancia materna.

La actividad laboral de las madres debería ser una variable a tener en cuenta. Para que no se produzca un abandono precoz de la lactancia materna, se debe informar e incidir en aquellos mecanismos que faciliten el poder continuar amamantando a pesar de ejercer una actividad laboral.

7.2.9.2 Alojamiento conjunto

El paso 7 de la IHAN promulga el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día (18). Ayuda a las madres a relacionarse más rápidamente a su hijo y a reconocer su llanto, lo que facilita la lactancia a demanda.

En este estudio, permanecieron juntos tras el parto el 69,9% de las madres con sus hijo/as, porcentaje bajo, ya que debería acercarse a la totalidad de la muestra para un mayor fortalecimiento del vínculo paterno-filial.

Aunque haya estudios que muestran pocas pruebas para aconsejar el alojamiento conjunto, según indica la revisión Cochrane publicada por Jaafar, Lee y Ho (108), quienes no lo recomiendan, en el estudio se demuestra un mayor porcentaje de lactancia materna en aquellas familias que permanecieron juntas tras el parto y no necesitaron ingreso en una unidad especial.

Existen estudios que muestran asociación entre estas variables para recomendarla fielmente (104), pero se necesitan más estudios que relacionen esta variable y demuestren estadísticamente su fiabilidad.

Esta variable aunque se recogió dentro del estudio y se analizó de forma univariada, no se utilizó en los modelos de regresión por el reducido número de casos y la imposibilidad de realizar modelos de regresión eficientes.

7.2.9.3 Contacto precoz piel con piel

El contacto piel con piel es beneficioso a corto plazo para mantener la temperatura y disminuir el llanto del niño, y a largo plazo para aumentar el tiempo de lactancia materna (57) (grado de recomendación A). Un punto de mejora durante la primera hora de vida de los recién nacidos es facilitar el contacto precoz piel con piel así como mejorar la duración de este primer contacto.

En nuestro estudio, se facilitó el contacto precoz piel con piel en los primeros 5 minutos de vida al 73,1% de las madres y, en el 50,3% de los casos, duró más de 50 minutos. A pesar de ser una variable con grado de recomendación alta y que se asocia con una mayor duración de la lactancia (58), en nuestro estudio, esta variable no se asocia significativamente con la lactancia materna, tras introducir dicha variable en los modelos de regresión, aunque su presencia incrementa la prevalencia.

El método canguro ha demostrado beneficios tanto en los recién nacidos prematuros como en sus madres y padres, por lo que se recomienda durante el ingreso de los recién nacidos en la unidad neonatal (39) (grado de recomendación A).

Existe en la literatura otros estudios (75, 84) que sí encontraron esta variable como positivamente asociada a la lactancia materna

7.2.9.4 Información sobre lactancia

El paso 3 hacia una Feliz Lactancia Natural de la OMS promulga que se debe “*Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios y el manejo de la lactancia*”, independientemente de su decisión sobre la forma de alimentar (1, 18).

En este estudio, el porcentaje de madres que recibieron información sobre la lactancia durante el parto es bajo (27,7%) y sólo el 59,8% de las mujeres recibieron ayuda con la lactancia materna en las 6 primeras horas de vida, siendo este uno de los momentos cruciales, junto a la primera hora, para que se instaure una lactancia efectiva.

El tiempo transcurrido durante todo el proceso de parto y puerperio, así como la educación maternal prenatal, es un momento idóneo para la enseñanza, recuerdo y evaluación del tipo de lactancia que iniciarán en las próximas horas, así como para resolver posibles dudas que albergue la madre y el resto de la familia.

Otras variables que se muestran asociadas o se presentan clínicamente relevantes en otros estudios son el peso del recién nacido (71), lugar de procedencia (71, 82, 98) la intención de lactancia (72), vivir en un vecindario de clase baja (69), ser madre soltera (69), tener miedo a amamantar(104), el inicio de alimentación complementaria antes de los 4 meses (70), clase social baja (77) o el peso/índice de masa corporal de la madre antes del embarazo (77).

7.3 MOTIVOS DE CAMBIO EN LA LACTANCIA MATERNA

Los motivos que propiciaron el cambio en el tipo de lactancia materna se agrupan por meses de seguimiento en la **Tabla 103**, así como se pueden observar diferentes artículos que señalan varios motivos para el cambio de su lactancia materna (**Tabla 104**).

En los primeros 4 meses, se evidencia que los principales motivos para el cambio de lactancia materna son la hipogalactia (34,6%), que el lactante se queda con hambre (25,0%) e introducción de alimentación complementaria por indicación médica (17,6%).

Estos hallazgos son coincidentes con los de Oribe, Martínez Poyato, Espinoza Cadima, Moll Pons (73, 76, 82, 86) respecto a la hipogalactia.

Otros estudios señalan la vuelta al trabajo (38, 75), la presencia de grietas (80, 92) o el llanto del bebé (84).

Tabla 103: Motivos que propiciaron el cambio o abandono de la lactancia materna.

MOTIVOS QUE PROPICIARON EL CAMBIO DE LACTANCIA	4 MESES	6 MESES	12 MESES
MOTIVOS SANITARIOS	n (%)	n (%)	n (%)
Producción de Leche insuficiente	47/136 (34,6)	11/170 (6,5)	8/66 (12,1)
El lactante se quedaba con hambre	34/136 (25,0)	11/170 (6,5)	1/66 (1,5)
Indicación médica	24/136 (17,6)	116/170 (68,2)	6/66 (9,0)
Gran dolor en el pecho (incluye mastitis)	13/136 (9,6)	1/170 (0,6)	-
Enfermedad del Lactante	8/136 (5,9)	4/170 (2,4)	1/66 (1,5)
Enfermedad Materna	8/136 (5,9)	-	1/66 (1,5)
Mala técnica de colocación al pecho	8/136 (5,9)	-	-
No sabía qué cantidad de leche tomaba el niño/a	3/136 (2,2)	1/170 (0,6)	1/66 (1,5)
Por tener pezones planos o invertidos	1/136 (0,7)	1/170 (0,6)	-
MOTIVOS ECONÓMICOS	n (%)	n (%)	n (%)
Vuelta al trabajo o previsión de ello	10/136 (7,4)	28/170 (16,5)	20/66 (30,3)
Incompatibilidad con horario de trabajo	6/136 (4,4)	8/170 (4,7)	11/66 (16,7)
Obtención de leche gratis	3/136 (2,2)	2/170 (1,2)	-
MOTIVOS CULTURALES/SOCIALES	n (%)	n (%)	n (%)
Falta de apoyo de la familia para seguir con la Lactancia	4/136 (2,9)	1/170 (0,6)	-
Información Inadecuada	2/136 (1,5)	1/170 (0,6)	-
Estaba más atada y no tener libertad de salir y distraerse	1/136 (0,7)	-	1/66 (1,5)
Estar siempre mojada por la galactorrea	1/136 (0,7)	-	-
MOTIVOS PSICO/AFFECTIVOS	n (%)	n (%)	n (%)
Gran carga de estrés emocional para la madre	6/136 (4,4)	1/170 (0,6)	-
Agobio en los primeros días/meses por el llanto del bebé	3/136 (2,2)	-	-
Sentirse demacrada, ojerosa y cansada	1/136 (0,7)	1/170 (0,6)	-

Por lo que respecta al período entre los 4 y 6 meses, las madres indican, como principales motivos para el cambio, la introducción de alimentación complementaria por indicación médica (68,2%) y por vuelta al trabajo o previsión de ello (16,5%).

Coinciden estos resultados con otros estudios similares, respecto a la vuelta al trabajo (38, 72, 74, 84).

Otros estudios señalan la hipogalactia (14, 75, 84), que el bebé no se llena (14), presencia de grietas (74, 79), llanto del bebé (84), indicación médica (84) o por percepciones maternas (78).

Entre los 6 y 12 meses, los motivos para el cambio más prevalentes fueron por vuelta al trabajo (30,3%), por incompatibilidad con el horario laboral (16,7%) y por hipogalactia (12,1%).

Nuestros datos son similares a los de Oribe, et al (72) sobre los motivos de cambios en la lactancia materna, puesto que tanto a los 4 meses con la hipogalactia, como más allá de los 6 meses con la vuelta al trabajo, los resultados son similares.

Tabla 104: Artículos de investigación según motivos para el cambio de lactancia materna.

Autor	Lugar, año	n	Prevalencia	Causas cambio LM
Estudios en España				
Iglesias Casás S (37)	Pontevedra, 2008	202	66,3 LME alta	Incorporación trabajo (18,6%) 4 meses: problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia
Oribe M, et al (72)	Guipúzcoa, 2015	638	84,8 LME al alta	6 meses: vuelta al trabajo
Reverté Simó M, et al (74)	Barcelona, 2015	495	89,5 LM al alta	No se identifican
Ruiz Poyato P y Martínez Galiano JM (75)	Jaén, 2014	49	65,2 LME al alta	Hipogalactia, ganancia escasa de peso, actividad laboral
Moll Pons JM, et al (77)	Palma de Mallorca, 2012	76	37,8 LM 6 meses	Cambio entre 4 ^o -5 ^o mes. Llanto, poca ganancia de peso e hipogalactia
González Camacho I y Rodríguez Duque N (79)	La Palma, 2010	166	±100 LM al alta	Presencia de grietas
Estudios fuera de España				
Gorrita Pérez RR, et al (14)	Cuba, 2015	60	41,6 LME 4 meses	El bebé no se llena, hipogalactia
Espinoza Cadima C, et al (82)	México, 2014	140	36,4 LME al alta	Hipogalactia (20.7%) situación laboral y grietas en los pezones (13.6%)
Rosa Niño M, et al (92)	Chile, 2012	414	45,8 LME 6 meses	Percepciones maternas
Basain Valdés M, et al (99)	Gines (Brasil), 2015	320	56,7 LM 6 meses	Trigliceridemia

7.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones del estudio, realizamos una breve descripción de los posibles sesgos de selección, información y confusión:

- **Sesgo de selección:** Se deriva de los criterios de inclusión/exclusión. Para minimizar este sesgo, nosotros hemos invitado a participar a todas las madres durante el período de estudio. El porcentaje de participación obtenido y la consistencia de los resultados de lactancia materna con diferentes publicaciones, muestran que el sesgo de selección no ha afectado la validez externa de este estudio.
- **Sesgo de información:** se deriva de cómo se obtuvieron los datos. Para minimizar estos sesgos se utilizó personal adiestrado y se recogió información directamente tras entrevistar a las madres. Al alta, los cuestionarios eran autoadministrados para minimizar el efecto Hawthorne (efecto de sentirse observado). Posteriormente, las encuestas se realizaron vía telefónica.
- **Sesgo de confusión:** Se derivan de la presencia de terceras variables. Para minimizar este sesgo, se recogieron variables de comorbilidad, de antecedentes obstétricos, de nivel educativo tanto de la madre como de la pareja, de asistencia a educación maternal y de características del parto y recién nacido, y posteriormente, se realizó un análisis multivariado de regresión.

7.5 APORTACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio aporta información actualizada sobre la prevalencia de lactancia materna en área sanitaria de Ferrol (A Coruña), a lo largo del seguimiento de 12 meses tras el parto en el hospital.

Además, aporta datos relevantes sobre qué variables se asocian realmente a la lactancia materna en nuestra muestra de estudio. En este caso, las variables asociadas fueron el tipo de lactancia previa, la asistencia a educación maternal, el tipo de lactancia en la primera toma y el consumo de tabaco de la madre.

Por último, se ha determinado la validez y seguridad para afirmar en qué medida estas variables pueden predecir la presencia de lactancia materna en el seguimiento a lo largo del tiempo, como es, preferentemente, el tipo de lactancia en partos previos.

7.6 LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Entre las posibles líneas futuras de investigación respecto a la prevalencia de lactancia materna en el área sanitaria de Ferrol sería de interés determinar los efectos de lactancia materna sobre la comorbilidad y la utilización de los servicios sanitarios de los niños y niñas en el seguimiento posterior.

También consideramos de interés, determinar la eficacia de aquellas intervenciones a realizar en las gestantes y puérperas sobre variables modificables identificadas en este estudio como son el consumo de tabaco, la lactancia previa, la lactancia en la primera toma y la asistencia a educación maternal con el objetivo de incrementar dicha prevalencia.

La eficacia de las medidas de intervención se podría, a su vez, realizar sobre los profesionales sanitarios para fomentar dicha actividad donde, como previamente se ha descrito, existen evidencias con grado de recomendación A, sobre la eficacia de la lactancia materna.

8. Conclusiones

a) La mayoría de las madres estudiadas en el área sanitaria de Ferrol son españolas con niveles de estudios universitarios, primíparas, que acudieron al centro de salud para el seguimiento del embarazo y tuvieron partos eutócicos.

b) La prevalencia de lactancia materna disminuye progresivamente en el tiempo estudiado.

c) Las prevalencias de lactancia materna son inferiores a los estándares recomendados por la OMS a lo largo del seguimiento en el tiempo.

Al alta hospitalaria:

d) Tras tener en consideración las variables que en el análisis univariado se asociaron con la probabilidad de lactancia materna al alta, teniendo en cuenta variables: sociodemográficas, de la pareja, comorbilidad, antecedentes obstétricos, educación maternal, tipo de parto y variables del recién nacido, se demuestra que las variable que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna son: el consumo de tabaco, el número de hijos previos, la lactancia previa y el parto gemelar.

El consumo de tabaco y el parto gemelar disminuyen la probabilidad de lactancia materna al alta. El número de hijos previos y la lactancia previa incrementa dicha probabilidad.

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad, ni el nivel de estudios, ni la comorbilidad medida por antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el género o peso de los lactantes.

A los 4 meses:

e) Las variables que tienen un efecto independiente para predecir lactancia materna son: el nivel de estudios, la asistencia a educación maternal y el tipo de lactancia en la primera toma. El tipo de lactancia previa se encuentra en el límite de la significancia estadística.

El nivel de estudios de la madre, la lactancia previa, la asistencia a educación maternal y el tipo de lactancia en la primera toma aumentan la probabilidad de lactancia materna a los 4 meses.

No se asocian con dicha probabilidad ni la edad de la madre, ni la comorbilidad medida por consumo de tabaco, antecedentes de hipertensión y diabetes, ni el parto gemelar, ni el tipo de parto ni el género de los lactantes.

A los **6 meses**:

f) La variable que tiene un efecto independiente para predecir lactancia materna es la lactancia previa. Se encuentran cercanas a la significancia estadística las variables edad de la madre y asistencia a educación maternal.

La lactancia previa, la edad de la madre y la asistencia a educación maternal aumentan la probabilidad de lactancia materna a los 6 meses.

No se asocian con dicha probabilidad ni el nivel de estudios de la madre, ni la comorbilidad medida por consumo de tabaco, antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el parto gemelar ni el tipo de lactancia en la primera toma.

A los **12 meses**:

g) Las variables edad de la madre, consumo de tabaco y lactancia materna previa se encuentran próximas a la significancia estadística.

El consumo de tabaco disminuye la probabilidad de lactancia materna a los 12 meses, mientras que la edad de la madre y la lactancia previa aumenta dicha probabilidad.

No se asocian con la lactancia materna a los 12 meses ni la edad, ni el nivel de estudios, ni la comorbilidad medida por antecedentes de hipertensión y diabetes ni la asistencia a educación maternal, ni el género del recién nacido.

En la cohorte estudiada de madres, se objetiva que:

h) A lo largo del seguimiento, los antecedentes que más perduran sobre el efecto de la lactancia materna son la edad de la madre, el consumo de tabaco, la lactancia previa y la asistencia a educación maternal.

i) El estudio de los antecedentes (lactancia previa, asistencia a educación maternal, tipo de lactancia en la primera toma y consumo de tabaco) muestra una validez y seguridad reducida para predecir la prevalencia de lactancia materna en los diferentes momentos en el tiempo.

La mayor sensibilidad la presenta el haber manifestado lactancia materna previa, seguida de la toma de lactancia materna en la primera hora de vida y la asistencia a educación maternal.

j) La capacidad predictiva de los antecedentes mencionados disminuye en el tiempo.

9. Bibliografía

1. Comité de lactancia materna del hospital 12 de Octubre y centro de salud de atención primaria. Guía de Actuación en el Nacimiento y la Lactancia Materna para profesionales sanitarios. Madrid: Servicio madrileño de salud. 2011. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/5-guia_lm_h12o_2011.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Ginebra: Organización mundial de la salud. 2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/es/
3. Organización mundial de la salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización mundial de la salud. 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf.
4. Asamblea general de naciones unidas. Convención de derechos del niño. Madrid: Unicef comité español. 2006. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
5. Osorio Castaño JH, Botero Ortiz BE. Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding. Investigación y Educación en Enfermería. 2012; 30 (3): 390-7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072012000300012&script=sci_arttext
6. Organización Mundial de la Salud. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149022/1/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1.
7. Organización mundial de la salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Parte 1 Definiciones conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007. Ginebra: Organización mundial de la salud. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf.
8. Butte NF, López-Alarcón MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Geneva: World health organization. 2002. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42519/1/9241562110.pdf>
9. Cummings M. Best practice standards for breastfeeding education: A baby friendly approach. Nurse Education Today.2008. 28(8):895-8. Disponible en: [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(08\)00139-1/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(08)00139-1/pdf)

10. Rubio Rodríguez D. Economic analysis of specialised and intensive promotion of breastfeeding in neonatal units in Spain. *An Pediatr*; 2012. p. 297-308. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/es/analisis-economico-promocion-intensiva-especializada/articulo/S1695403312001749>
11. Jolly K, Ingram L, Khan KS, Deeks JJ, Freemantle N, McArthur C. Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*. 2012; 344:d8287. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.d8287>
12. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003517. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517/abstract>
13. American academy of pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115(2): 496-506. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/2/496.full>
14. Gorrita Pérez R, Terrazas Saldaña A, Brito Linares D, Ravelo Rodríguez Y. Algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. *Rev Cubana Pediatr*. 2015;87(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol87_3_15/ped04315.htm
15. Gabaldón G, Giner C. Protocolo de nutrición en el recién nacido. *Enfermería Integral*. Jun 2008; 82:28-31. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/82/82.pdf>.
16. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (papps). Actualización 2014. Junio 2014; 46 (Extraordinario IV): 1-117. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
17. United nations. Convención de derechos del niño. New York: United nations. 1989. Disponible en: <https://treaties.un.org/doc/publication/mtdsg/volume%20i/chapter%20iv/iv-11.en.pdf>
18. Fernández Marín C, Gutiérrez Martínez M, Martos Vilchez M, Peña Caballero M, Rodríguez Ruiz J, Sánchez Martínez B. Guía de Lactancia Materna. Granada: Complejo Hospitalario Universitario de Granada. Marzo 2015. Disponible en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf

19. Harabuchi Y, Faden H, Yamanaka N, Duffy L, Krystofik D. Human milk secretory IgA antibody effects against nasopharyngeal colonization. *J Pediatr.* 1994 Feb; 124(2): 193-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8301421>
20. León-Cava N, Lutter C, Ross J y Martin L. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington D.C: Linkage. 2008. Disponible en:
http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_cuantificacion_de_beneficios_de_la_LM.pdf
21. Becerra-Bulla F, Bonilla-Bohórquez L, Rodríguez-Bonilla J. Leptina y lactancia materna: beneficios fisiológicos. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2015;63(1):119-26. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a14.pdf>
22. Horta BL VC. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. Pelotas, Brazil: World health organization. 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf
23. Aguilar Cordero MJ, Madrid Banos N, Baena Garcia L, Mur Villar N, Guisado Barrilao R, Sanchez Lopez AM. Breastfeeding as a method to prevent cardiovascular diseases in the mother and the child. *Nutr hosp.* 2015;31(5):1936-46. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8810.pdf>
24. de la Vega Pažitková T, Pérez Martínez V, Martínez Lenia B. La lactancia materna y su influencia en el comportamiento de las infecciones respiratorias agudas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* Sept 2010; 26(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000300005&lng=es
25. Ministerio de salud de Chile. La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca. En: Shellhorn C, Valdés V, editors. *Manual de Lactancia para Profesionales de la Salud.* Santiago de Chile: Ministerio de salud. 1995. Disponible en:
<http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%20beneficios%20manual.pdf>
26. World Health Organization. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World health organization; 2014. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113048/1/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1

27. Gorrita Pérez RR. La lactancia materna, un desafío aún no superado. Rev Cubana Pediatr. Jul-set 2014; 86(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Fisher J, Hammarberg K, Wynter K., McBain J, Gibson F, Boivin J, McMahon C. Assisted conception, maternal age and breastfeeding: an Australian cohort study. Acta Paediatrica. 2013; 102: 970–976. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apa.12336/abstract>
29. Feldman-Winter L. Evidence-based Interventions to Support Breastfeeding. Pediatric Clinics of north america. 2013; 60(1):169-87. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S003139551200154X?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS003139551200154X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=http:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpubmed%2F23178064>.
30. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia. Asociación española de pediatría. 2005; 63:340-56. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/lactancia-materna-como-promover-y-apoyar-lactancia-materna-en-pr>
31. Consejería de Salud. La lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía. 2005. Disponible en: <http://www.iesa.csic.es/publicaciones/010920110.pdf>
32. Pallás Alonso CR. Promoción de la lactancia materna. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado diciembre de 2006. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Lactancia.htm>
33. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, Rosal Roig J, Gratacòs J, Iglesias Niubó J, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. An Esp Pediatr. 2001; 54: 297-302. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org/es/linkresolver/lactancia-materna-el-sur-cataluna-/S1695403301775297/>
34. 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 (3); 121-4.

- Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-prevalencia-caracteristicas-lactancia-materna-el-13045570>
35. Pereda Goikoetxea B, Etxaniz Elozegi I, Aramburu Aliaga I , Ugartemendia Yerobi M, Uranga Iturrioz MJ, Zinkunegi Zubizarreta N. Beneficios de las intervenciones profesionales de apoyo en la lactancia materna. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2014. 15 (2): e1-18. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/rs/1153/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/733/fd/1/filename/revison-bibliografica-lactancia-materna.pdf>.
 36. Palou Oliver M, Vega Fernández V, Elvira Martín M, Rivero Reynel AM. Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna iniciada al ingreso en una unidad de neonatología. *Metas de Enfermería.* 2015; 18(1): 6-12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80691>
 37. Lu MC PJ, Yu SM, Inkelas M, Lange LO, Halfon N. Childbirth Education Classes: Sociodemographic Disparities in Attendance and the Association of Attendance with Breastfeeding Initiation. *Matern Child Health J.* 2003 Jun; 7:87-93. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12870624>
 38. Iglesias Casás S. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. *Enfermería Clínica.* 2008;18(03):141-6. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-linkresolver-lactancia-materna-un-hospital-comarcal-13123238>
 39. Ministerio de sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de sanidad y política social. 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>.
 40. Rey E, Martínez H. Manejo racional del niño prematuro: Universidad Nacional, Curso de Medicina Fetal; 1983. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/419/1079>
 41. Johnson AN. Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric Nursing.* 2005; 31 (1): 53-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15794326>
 42. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database Syst Rev.* 2007 Jul; 3: CD003519. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub2/abstract>

43. Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. Guía de lactancia materna para profesionales de la salud. Logroño: Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja. 2010. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/8-guia_prof_la_rioja.pdf
44. Righard L. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet. 1990 Nov 3; 336 (8723):1105-7. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736\(90\)92579-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736(90)92579-7/abstract)
45. Syfrett EB. Very early kangaroo care beginning at birth for healthy preterm infants and mother who choose to breastfeed: effect on outcome. A workshop on kangaroo-mother method for low birthweight infants. Trieste, Italia: World Health Organisation. Octubre 1996.
46. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. Pediatrics. 2006; 117: 646-55. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/4/e646.abstract>
47. Organización mundial de la salud. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: Organización mundial de la salud. 1981. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42533/1/9243541609_spa.pdf
48. Organización mundial de la salud . Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad. Geneve: World health organization. 2011. Disponible en: https://extranet.who.int/nutrition/qina/sites/default/files/POLITICA_LACTANCIA_MATERNA_FINAL.pdf
49. World health organization. Iniciativa hospital amigo de los niños. Ginebra: World health organization. 2009. Disponible en: http://www.ihan.es/docs/documentacion-acreditacion/hospitales/generales/0.3.Criterios_globales_IHAN_Espana.pdf
50. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre protección de salud y apoyo de la lactancia. 1 de Agosto de 1990. Florencia (Italia): World Health Organization / UNICEF. 1990. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf
51. Figueredo SF, Mattar MJG, Freitas de Vilhena Abrao AC. Baby-friendly Hospital Initiative - a policy of promoting, protecting and supporting breastfeeding. Acta Paulista De Enfermagem. 2012;25(3):459-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023885022.pdf>

52. Cerda Muñoz L. Lactancia materna y gestión del cuidado. Rev Cubana Enfermer. Sep-dic 2011. 27 (4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400010
53. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Plan de parto y nacimiento. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Madrid: Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2011. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>
54. Servicio gallego de saude. Plan de parto e nacemento. Santiago de compostela: Xunta de Galicia. 2013. Disponible en:
http://www.sergas.es/gal/muller/docs/Plan_de_Part_o_e_Nacemento.pdf
55. Organización mundial de la salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Geneve: World health organization. 2010. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf
56. García Rodríguez MJ. Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. Reduca. Serie Matronas. 2011. 3 (3): 153-75. Disponible en:
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/739/754>
57. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Madrid: Misniterio de sanidad y política social. 2010 Octubre. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracClinPartoCompleta.pdf>.
58. Canadian task force. The periodic health examination. CMA Journal. 1979 Nov 3; 121: 1193-254. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704686/pdf/canmedaj01457-0037.pdf>
59. Ministerio de sanidad y política social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Misniterio de sanidad y política social. 2010. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

60. Joanna Briggs Institute. Programas de lactancia materna en unidades de atención primaria y especializada. Best practice. 2011; 15 (3): 1-4. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/BPIS/PDF/2011_15_3_BestPrac.pdf.
61. Miles R, Cowan F, Glover V, Stevenson J, Modi N. A controlled Trial of skin-to-skin contact in extremely preterm infants. Early Hum Dev. 2006;82(7):447-55. Disponible en: [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378-3782\(05\)00276-8](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378-3782(05)00276-8)
62. Fregan L, Helseht S, Fagermoen MS. A comparison of mother`s and father`s experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. . J Clin Nurs. 2008; 17(6): 810-6. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x/abstract>
63. Yin Y, Wang RH, Lee MM, Yuh YS. Mothers` satisfaction: Kangaroo care vs traditional nursing. J Nurs. 2003;50(2):93-7. Disponible en: http://tao.wordpedia.com/show_pdf.ashx?sess=c1y3k345t3sh2b55xmb5u0mw&file_name=JO00000211_50-2_37-47&file_type=r
64. Feldman R, Weller A, Leckman JF, Kuint J, Eidelman AI. The nature of the mother`s tie to her infant:maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. J Child Psychiatr. 1999;40(6):929-39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10509887>
65. Gathwala G, Singh B, Balhara B. KMC facilitates mother`s baby attachment in low birth weight infants. Indian J Pediatr. 2008 Jan;75(1):43-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245934>
66. Servicio galego de saúde. Conecta 72. Santiago de compostela: Xunta de Galicia. 2015. Disponible en: http://www.sergas.es/imagenes/Conecta72/programa_conecta72.pdf
67. Xerencia de xestión integrada de Ferrol. Memoria Interna 2013. Ferrol: Xerencia de xestión integrada de Ferrol. 2014.
68. Pita Fernández S, Pértega Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. Cad Aten Prim. 2003; 10: 120-4. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/pruebas_diagnosticas/pruebas_diagnosticas.asp
69. Rius J, Ortuño J, Rivas M, Calzado M, López A, Aguar M, et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. Anales de pediatría. 2014; 80(1): 6-15. Disponible en:

- <http://www.analesdepediatria.org/es/factores-asociados-al-abandono-precoz/articulo/S1695403313002385/>
70. Mora-Urda A, Espinoza A, Lopez-Ejeda N, Acevedo P, Romero-Collazos J, Montero-Lopez M. Indicadores de riesgo cardiovascular, patrones de lactancia y estilo de vida de la madre durante el proceso de crecimiento y desarrollo fetal e infantil. *Nutr clin diet hosp*. 2015; 35 (2): 91-100. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/352moraUrda.pdf>.
71. Gomis Cebrián R, Arellano Morata C, Parra Hidalgo P, Calle Urra J, Oliver Roig A, García de León González R, et al. Lactancia materna en la Región de Murcia. ¿Seguimos con el problema? *Acta Pediátrica Española*. 2009; 67 (6): 283-9. Disponible en: https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/Junio_09.pdf.
72. 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. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(1):4-9. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/prevalencia-factores-asociados-con-duracion/articulo/S0213911114002143>
73. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria*. 2011;13(49):33-46. Disponible en: http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPq5MY8tQ_oQkuDKuUoVU_Aen
74. Reverté Simó M, Aguirre Fernández MI, Álvarez Díez P, Barcos San Andres S, Millán Cepedes T. Factores relacionados con la iniciación, la exclusividad y la duración. *Metas de Enfermería*. Mar 2015; 18(2): 69-75. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80713/>
75. Ruiz Poyato P, Martínez Galiano J. Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. *Ene de Enfermería*. 2014; 8(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/414/LACTANCIA>.
76. Serrano Martos J, López Ruiz B, Carrascosa López C. Análisis para la mejora del apoyo a la lactancia materna en una Unidad de Ginecología y Obstetricia. *Inquietudes*. Ene-Juni 2014; 45: 25-30. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1392894433.pdf>

77. Moll Pons JM, Prieto Valle JM, Sánchez Martínez A, López León MP, Arana Galán JM, Frontera Juan G. Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son LLàtzer» de Palma de Mallorca. *Acta Pediatrca*. 2012; 70(5): 186-94. Disponible en:
<http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/737-prevalencia-de-la-lactancia-materna-en-el-sector-de-salud-del-hospital-son-ll%C3%A0tzer-de-palma-de-mallorca#.Ve6-gxHtmko>
78. Morán Rodríguez M, Naveiro Rilo JC, Blanco Fernández E, Cabañeros Arias I, Rodríguez Fernández M, Peral Casado A. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr Hosp*. Mar-abr 2009; 24(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112009000200017&script=sci_arttext
79. González Camacho I, Rodríguez Duque N. Estudio de Prevalencia de Lactancia Materna en la isla de La Palma. *Ene de Enfermería*. Abr 2010; 4 (1): 42-8. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/109/92>.
80. Brown C, Dodds L, Attenborough R, Bryanton J, Elliott Rose J, Flowerdew G, et al. Rates and determinants of exclusive breastfeeding in first 6 months among women in Nova Scotia: a population-based cohort study. *CMAJ Open*. 2013. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985901/pdf/cmajo.20120011.pdf>
81. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklau S, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2014; 27(7). Disponible en: http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html
82. Espinosa Cadima C, Zamorano Jiménez CA, Graha Pontones S, Orozco Gutierrez A. Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida. *Anales médicos*. 2014; 59(2): 120-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142i.pdf>.
83. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Karning JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutrition*. 2009; 13(6): 760-70. Disponible en: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN13_06%2FS1368980009991522a.pdf&code=b4b2536afabd1252a8274c4fdfabca59.

84. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H, Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMJ pediatrics*. 2010; 10(20). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/10/20>.
85. Freitas TCSB, Silva SCd, Chaves RG, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e fatores associados à interrupção da amamentação em mulheres militares. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(4):493-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822012000400006&script=sci_arttext
86. Oves Suarez B, Escartin Madurga L, Samper Villagrasa MP, Cuadron Andres L, Alvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, et al. Immigration and factors associated with breastfeeding. CALINA study. *Anales de pediatria*. 2003. 2014;81(1):32-8. Disponible en: <http://analesdepediatria.org/es/immigration-factors-associated-with-breastfeeding-/articulo/S2341287914000040/>
87. Deggau Hegeto de Souza SN, Migoto MT, Rossetto EG, de Mello DF. Prevalence of breastfeeding and associated factors in the municipality of Londrina (PR, Brazil). *Acta Paulista De Enfermagem*. 2012;25(1):29-35. Disponible en: http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n1/v25n1a6_en.pdf
88. Sadeck LdSR, Leone CR. Avaliação da situação do aleitamento materno em menores de um ano de idade no Município de São Paulo, Brasil, em 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(2):397-402. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000200026&script=sci_arttext
89. Souza MHdN, Sodré VRD, Ferreira da Silva FN. Prevalencia e fatores associados á prática da amamentação de crianças que freqüentam uma creche comunitária. *Ciencia y enfermería*. 2015;21(1):55-67. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532015000100006&script=sci_arttext
90. Relancio Crespo L. Suplementación de fórmula en el hospital en recién nacidos sanos. Factores de influencia y efectos sobre la duración de la lactancia materna exclusiva. *Parainfo digital*. 2014; VIII (20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/372.pdf>
91. Londoño Franco ÁL, Mejía López MS. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de

- estrato socioeconómico bajo. Calarcá-colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2010;9(19):124-37. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v9n19/v9n19a09.pdf>
92. Rosa Niño M, Silva GE, Atalah ES. Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile. Rev chil pediatr. 2012; 83(2): 161-9 . Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062012000200007
93. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell L, Rivera-Dommarco J. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Mex. 2013; 55(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000800014&script=sci_arttext
94. Rocci E, Quintella Fernandes A. Dificuldades no aleitamento materno e influência do desmame precoce. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014 jan-fev; 67(1): 22-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030130003.pdf>
95. Lessa Horta B, Gomes Victora C, Menezes A, Barros F. Environmental Tobacco Smoke and Breastfeeding Duration. American journal of epidemiology. 1997; 146(2). Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org/content/146/2/128.full.pdf>
96. Barbosa LN, Santos NCd, Moraes MAMd, Rizzardi SD, Corrêa EdC. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá - MT. Escola Anna Nery. 2015;19(1):147-53. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000100147&script=sci_arttext
97. Queluz MC, Bistafa Pereira MJ, dos Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalence and determinantes of exclusive breastfeeding in the citi os serrana. Brazil. Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp. 2012;46(3):537-43. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
98. Cuadron Andres L, Samper Villagrasa MP, Alvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodriguez Martinez G. Breastfeeding prevalence during the first year of life in Aragon. CALINA study. Anales de pediatria. 2003. 2013;79(5):312-8. Disponible en: <http://www.analesdepediatria.org/en/prevalencia-lactancia-materna-durante-el/articulo/S1695403313001288/>
99. Basain Valdés JM, Pacheco Díaz LC, Valdés Alonso MC, Miyar Pieiga E, Maturell Batista A. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y

- dislipidemia en pacientes pediátricos. Revista Cubana de Pediatría. 2015;87(2):156-66. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol87_2_15/ped03215.htm
100. Ribeiro PM, Alvarenga ACB, Silveira LHA, Cardoso RN, Nascimento MC, Vieira E. Prevalence of exclusive breastfeeding in a municipality of Minas Gerais State, Brazil. *Atencion Primaria*. 2013;45(3):174-5. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-prevalencia-lactancia-materna-exclusiva-una-90194465>
101. Rivera-Pasquel M, Escobar Zaragoza L, González-De Cosío T. Breastfeeding and Maternal Employment: Results from Three National Nutritional Surveys in Mexico. *Maternal and child health journal*. May 2015; 19(5): 1162-72. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10995-014-1622-9>
102. Jaldo Jiménez MR, Ruiz Palomares L, Arbol Fernández G, Jiménez Martínez C. Valoración a través de auditorías de historias clínicas, de la repercusión del hábito tabáquico familiar en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría rural y extrahospitalaria*. 2012; 42(399):102-8. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972147>
103. Bezerra VLVA, Nisiyama AL, Jorge AL, Cardoso RM, Silva EFd, Tristão RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Revista Paulista de Pediatria*. 2012;30(2):173-9. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/04.pdf>
104. Küster Will T, Ghisolf Arndt J, Guidoni Torres G, Rodrigues de Andrade J, Silva Pereira T, Bisi Molina MC. Fatores de proteção para a amamentação na primeira hora de vida. *Revista brasileira em promoção da saúde*. 2013; 26(2): 274-80. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40828920016>
105. Prendes Labrada MC, Vivanco del Río M, Gutiérrez González RM, Guibert Reyes W. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Revi Cubana Med Gen Integ*. 1999; 15(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400009.
106. Martínez Galiano J, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59 (3): 254-7. Disponible en: <http://ramb.elsevier.es/es/el-inicio-precoz-lactancia-materna/articulo/90204482>.
107. Sallam S, Babrs G, Sadek R, AM M. Knowledge, Attitude, and Practices Regarding Early Start of Breastfeeding Among Pregnant, Lactating Women

and Healthcare Workers in El-Minia University Hospital. Breastfeeding medicine. Jun 2013; 8(3): 312-6. Disponible en:

[http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2012.0040?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&".](http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2012.0040?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&)

108. Jaafar S, Lee K, Ho J. Atención por separado a la madre y al lactante versus alojamiento a madre y lactante juntos para el aumento de la duración de la lactancia materna. Cochrane database of systematic reviews. 2012: 9: CD6641. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD006641/atencion-por-separado-a-la-madre-y-al-lactante-versus-alojamiento-a-madre-y-lactante-juntos-para-el-aumento-de-la-duracion-de-la-lactancia-materna>

10. Anexos

ANEXO 10. 1

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

“PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE FERROL”

Yo, Dña. _____, manifiesto que leí la hoja de información de la participante del estudio arriba mencionado que me fue entregada. Pude conversar con la investigadora:

Dña. _____ y hacer todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones (de manera que considero que recibí suficiente información sobre el estudio.

- Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados de Enfermería.
- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información a la participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Respecto de la conservación y utilización futura de los datos detallada en la hoja de información al participante,

- NO acepto que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio
- Acepto que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, mismo para los investigadores, identificarlos por ningún medio
- SI acepto que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, y en las condiciones mencionadas.

La participante,

La investigadora

[Firma de la Participante]

[Firma de la investigadora]

Fecha:

ANEXO 10.2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN

“PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN LA XERENCIA DE XESTION INTEGRADA DE FERROL”

Eu, Dna. _____, manifesto que lin a folla de información á participante do estudo arriba mencionado que se me entregou, puiden conversar ca investigadora Dna. _____ e facer todas as preguntas sobre o estudo necesarias para comprender as súas condicións de xeito que considero que recibín suficiente información sobre o estudo.

- Comprendo que a miña participación é voluntaria e que podo retirarme do estudo cando queira, sen ter que dar explicacións e sen que isto repercuta nos meus coidados de Enfermaría.
- Accedo a que se utilicen os meus datos nas condicións detalladas na folla de información ao participante.
- Presto libremente a miña conformidade para participar no estudo.

Respecto da conservación e utilización futura dos datos detallada na folla de información ao participante,

- NON acepto que os meus datos sexan conservados unha vez terminado o presente estudo
- Acepto que os meus datos se conserven unha vez terminado o estudo, sempre e cando sexa imposible, mesmo para os investigadores, identificalos por ningún medio
- SI acepto que os datos se conserven para usos posteriores en liñas de investigación relacionadas coa presente, e nas condicións mencionadas.

A participante,

A investigadora,

[Sinatura da participante]

[Sinatura da investigadora]

Data:

ANEXO 10.3

HOJA DE INFORMACIÓN A LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

“Prevalencia de Lactancia Materna en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol”

INVESTIGADORAS:

- Eva Tizón Bouza (enfermera de Cardiología/Neurología/Neumología - CHUF).
- Natalia Freire Barja (matrona del Centro de salud de Ortegá).
- Silvia Souto Derungs (matrona del servicio de Obstetricia del CHUF).
- María del Carmen Suarez Cotelo (Residente de Matrona del servicio de Obstetricia del CHUF).
- Mónica Mouteira Vázquez (enfermera de Pediatría del CHUF).

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre el estudio de Investigación en el que se le invita a participar. Este estudio se está realizando en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF) y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Si decide participar en el mismo, debe leer antes este documento y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo.

Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas, y tomarse el tiempo necesario para decidir si participar o no.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Ud. puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin tener de dar explicaciones.

Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con su médico ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito del estudio?

La evidencia científica ha demostrado que la lactancia materna es la alimentación más adecuada para el recién nacido. Ésta ofrece beneficios para la salud del niño, de la madre y para la sociedad. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y lactancia materna en combinación con alimentación complementaria hasta los dos años de edad.

La información sobre la lactancia y el apoyo profesional dado a las madres durante el embarazo, el parto y el posparto condiciona su capacidad para tener una lactancia exitosa. Con este estudio queremos averiguar las tasas de lactancia materna en el área de salud de Ferrol a la salida del hospital, a los 4, 6 y a los 12 meses de vida del bebé. Así como la perspectiva de las mujeres respecto a diferentes cuidados durante el embarazo, parto y puerperio.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

La selección de las personas invitadas a participar depende de unos criterios que están descritos en el protocolo de investigación. Estos criterios sirven para seleccionar a la población con la que se responderá al interrogante de la investigación. Usted está invitado a participar, porque cumple esos criterios: Todas aquellas mujeres que den a luz que durante el período de recogida de datos, hospitalizadas en la Unidad de Obstetricia del CHUF, Mujeres que voluntariamente aceptaron participar en el estudio tras ser debidamente informadas y con la mayoría de edad cumplida (18 años).

¿En qué consiste mi participación?

Tras proporcionarle esta información, le pediremos que si está dispuesta a participar, firme un consentimiento informado. Si en cualquier momento cambia de opinión, sólo tiene que comunicárnoslo y no contactaremos más con usted.

Tras el parto, el día del alta hospitalaria, le entregaremos un cuestionario con preguntas acerca de la atención prestada en el embarazo, el parto y el posparto, el tipo de lactancia que está dando y su nivel de satisfacción con el apoyo recibido. Entre las variables que le solicitaremos, se

incluyen algunas relacionadas con otros embarazos previos y los hijos que ya tenga (si es su caso), así como las relacionadas con su pareja y núcleo familiar.

A los 4, 6 Y 12 meses contactaremos con usted por teléfono para conocer el tipo de alimentación que está dando a su bebé, y en caso de haber cesado la lactancia materna el motivo por el cual eso ha ocurrido.

Los investigadores pueden decidir finalizar el estudio antes de lo previsto o interrumpir su participación por la aparición de nueva información relevante, por motivos de seguridad o por incumplimiento de los procedimientos de estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Este estudio es completamente voluntario, no está previsto que pueda ocasionar ningún riesgo ni inconveniente, salvo el tiempo que pueda tardar en cumplimentar el cuestionario.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Vd. obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende descubrir aspectos desconocidos o poco claros sobre la prevalencia de la lactancia materna. En el futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para conocer mejoras que quizá puedan beneficiar a personas como usted.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen con los resultados del estudio. .

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

La participación en este estudio es únicamente voluntaria. La información será tratada estrictamente de manera confidencial, de acuerdo a la *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal* y sólo tendrán acceso a ella los investigadores que realicen este estudio.

Solo el equipo investigador, que tiene el deber de guardar confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio, y serán quienes custodien todos los cuestionarios recogidos. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, a lo exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Los investigadores no recibirán retribución específica ninguna por la dedicación al estudio. A usted tampoco se le retribuirá por participar.

¿Dónde puede obtener más información o hacer preguntas acerca del estudio?

Si desea más información puede ponerse en contacto con el equipo investigador de lunes a viernes de 10 a 14 horas en el teléfono 650103684 (Eva Tizón) o a través del siguiente correo electrónico: lactanciamaterna.ferrol@gmail.com

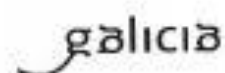
El éxito de este proyecto de investigación depende de su participación, esperamos que pueda colaborar.

Muchas gracias por su ayuda

ANEXO 4



Comité Autonómico de Ética de la Investigación
de Galicia
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tlf: 981 346425 Fax: 981 341864
ceic@xvgalicia.es



DICTAMEN DEL COMITÉ AUTONÓMICO DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

Paula M. López Vázquez, Secretaria del Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia

CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 26/09/2013 el estudio:

Título: Prevalencia de Lactancia Materna en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol
Promotor: Eva Tizón Bouza, Silvia Souto Derungs, Natalia Freire Barja, Monica Mouteira Vázquez, María del Carmen Suárez Cotoelo
Código de Registro CEIC de Galicia: 2013/355

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de Investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, y la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del CEIC de Galicia

Emite un **INFORME FAVORABLE*** para la realización del estudio en los centros y con los investigadores siguientes

Centros	Investigadores Principales
C.H. Universitario de Ferrol, C.S. de Ortigueira e Cariño	Eva Tizón Bouza, Silvia Souto Derungs, Natalia Freire Barja, Monica Mouteira Vázquez, María del Carmen Suárez Cotoelo

* Eliminar del Cuaderno de Recogida de Datos el teléfono

En Santiago de Compostela, a 03 de octubre de 2013
La Secretaria



Paula M. López Vázquez

ANEXO 10.5



Don Ángel Facio Villanueva, Xerente de Xestión Integrada de Ferrol

Informa que, coñece a proposta realizada polas Investigadoras Principais, para levar a cabo na Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol o Estudo Observacional código de protocolo CEIC 2013/355, titulado "Prevalencia de Lactancia Materna na XXI de Ferrol", do cal son investigadoras principais Dna. Eva Tizón Bouza, Dna. Natalia Freire Barja, Dna. Silvia Souto Derungs, Dna. M^a del Carmen Suárez Cotelo e Dna. Mónica Mouteira Vázquez.

Este documento non implica autorización algunha para a realización do estudo neste centro, quedando esta decisión de autorización a expensas do informe favorable do Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia.

Ferrol, 7 de outubro de 2013


Xerente de Xestión Integrada de Ferrol

The stamp is circular and contains the following text: 'XERENCIA DE XESTIÓN INTEGRADA DE FERROL' around the top edge, 'SERVIZO GALEGO de SAÚDE' in the center, and 'XUNTA DE GALICIA' around the bottom edge. There is also a small logo of the Galician Health Service inside the stamp.

ANEXO 10.6

LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS 1: PREVIO AL ALTA HOSPITALARIA

EDAD		NACIONALIDAD			MUNICIPIO		CENTRO DE SALUD					
NIVEL DE ESTUDIOS								ACTIVIDAD LABORAL				
SIN ESTUDIOS		GRADUADO		E.S.O.	BACHILLER	F.P.	UNIVERSITARIOS		SI NO			
PARTOS ANTERIORES			LACTANCIA ANTERIOR					FECHA PARTO				
Gestaciones		Nº Partos		Nº hijos		MATERNA		ARTIFICIAL		PARCIAL		
PARTO GEMELAR			GÉNERO RECIÉN NACIDO				PESO (GRAMOS)		TALLA (CM)			
SI		NO		Masculino		Femenino						
TIPO DE PARTO												
ESPONTANEO			FORCEPS		ESPÁTULA		CESAREA		GEMELAR		PODÁLICO	
NUCLEO FAMILIAR (Nº Cohabitantes)				ACTIVIDAD LABORAL PAREJA Activo ___ En paro ___ Parcial ___				NIVEL ESTUDIOS PAREJA				

EDUCACIÓN MATERNA

PREGUNTA	SI	NO	
¿Has controlado tu embarazo en tu centro de salud habitual?			
¿Te han ofertado allí clases de educación materna?			
¿Has asistido a educación materna?			
¿Has recibido información sobre la importancia y manejo de la lactancia materna?			
¿Se te informó de la importancia del contacto precoz piel con piel entre madre e hijo/a?			
¿Se te informo de la importancia del alojamiento conjunto entre madre e hijo/a?			
¿Te han dado alguna publicidad sobre leches artificiales?			
¿Te han enseñado el modo de preparación de un biberón de lactancia artificial?			
Y a modo individual, ¿has solicitado información sobre cómo preparar un biberón?			
Entre las madres que conoces: ¿crees que la mayoría le dan L. materna exclusiva o lactancia artificial?			
L. MATERNA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL	LACTANCIA PARCIAL	NO ESTOY SEGURA
¿Qué tipo de lactancia consideras más adecuada para tu hijo/a?			
L. MATERNA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL	LACTANCIA PARCIAL	NO ESTOY SEGURA
¿Qué tipo de alimentación prefiere tu pareja para el bebé?			
L. MATERNA EXCLUSIVA	LACTANCIA ARTIFICIAL	LACTANCIA PARCIAL	NO ESTOY SEGURA

LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA TRAS EL PARTO

PREGUNTA	SI	NO
Durante el trabajo de parto, ¿recibiste información sobre la lactancia materna?		
¿Se te permitió el contacto piel con piel con tu hijo/a, en los cinco primeros minutos tras el parto?		
Si no se te permitió, ¿conoces el por qué?		
¿Recibiste ayuda durante ese tiempo para reconocer que tu hijo/a estaba listo para amamantar?		
¿Qué tipo de lactancia diste a tu hijo en la primera toma?		
Si fue lactancia materna, ¿se efectuó la toma en la primera hora de vida?		

PUERPERIO INMEDIATO

PREGUNTA	SI	NO
¿Te ofrecieron ayuda con la lactancia materna en las primeras 6 horas tras el parto?		
¿Te informaron del correcto agarre y posición?		
¿Eres capaz de describir la posición, agarre y succión correctos?		
¿Te han informado acerca de cómo sacar la leche manualmente?		
¿Te han informado de los medios de conservación y almacenaje de la leche que te sacas?		
¿Te han informado de la importancia de crear y mantener el vínculo con tu hijo/a y a permanecer cerca?		
¿Permanecisteis juntos inmediatamente después del nacimiento?		

PUERPERIO HOSPITALARIO

PREGUNTA	SI	NO
¿Ha necesitado tu bebé algún suplemento?		
¿Te han explicado por qué ha necesitado algún suplemento?		
¿Has recibido información de los riesgos asociados al uso de chupetes, biberones y tetinas para administrar leche u otros líquidos?		
¿Has utilizado chupetes, tetinas, biberones... durante la estancia en el hospital?		
¿Te han dado algún tipo de publicidad de leche artificial durante tu estancia en el hospital?		
¿Te alientan a alimentar a tu bebé tan a menudo y durante tanto tiempo como el bebé quiera?		
¿Te han enseñado a reconocer las señales que indican que tu niño/a tiene hambre?		
¿Has recibido apoyo en la lactancia a demanda durante tu estancia en el hospital?		
¿Te han informado de dónde poder acudir en caso de que te surjan problemas con la lactancia?		
En caso de que le estés dando lactancia artificial a tu bebé, ¿te han enseñado de manera individualizada cómo preparar y dar la toma?		

NIÑOS/AS INGRESADOS EN NEONATOS/ CUIDADOS INTENSIVOS (UCIP)

¿En qué unidad está ingresado tu hijo/a?	Cuidados intensivos	Neonatos
¿Motivo del ingreso?	Cesárea	Patología materna
¿Cuánto tiempo estuviste separada de tu hijo/a hasta que lo tuviste contigo de manera continuada?	Horas	Días

PREGUNTAS UNIDADES ESPECIALES

PREGUNTAS UNIDADES ESPECIALES	SI	NO
¿Te han animado a practicar el contacto piel con piel (excepto que haya una razón que justifique el no hacerlo)?		
¿Has recibido ayuda para el inicio de la lactancia materna?		
¿Se permite el acceso a estas unidades a los padres sin restricciones?		
¿Te han informado acerca de cómo sacar la leche manualmente?		

ALTA HOSPITALARIA

¿Qué tipo de lactancia le darás a tu bebé al alta hospitalaria?			
Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial	Lactancia parcial	No estoy segura

ANEXO 10.7

LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS 2: A LOS 4 MESES DE VIDA

¿Qué tipo de lactancia le dabas a tu hijo/a al alta hospitalaria?		
Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial	Lactancia parcial
¿Qué tipo de lactancia le das en la actualidad a tu hijo/a?		
Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial	Lactancia parcial
En caso de que se haya producido un cambio con respecto a la lactancia del, ¿cuántos días/mese tenía el bebe cuando se hizo dicho cambio?		
¿Cuál fue el motivo de dicho cambio?		
Motivos sanitarios	* Creo que el bebé se queda con hambre.	
	* No sé la cantidad exacta de lo que come.	
	* Producción de leche insuficiente.	
	* Enfermedad materna que lo motive.	
	* Enfermedad del lactante que lo motive.	
	* Pezones planos o invertidos.	
	* Mala técnica de colocación al pecho.	
	* Gran dolor en el pecho (incluye mastitis).	
	* Consejo médico.	
Motivos económicos	* Vuelta al trabajo o previsión de ello.	
	* Incompatibilidad con horario de trabajo.	
	* Obtención de leche artificial gratis.	
Motivos cultural/sociales	* Estoy más atada y no tengo la libertad de salir y distraerme.	
	* Estoy siempre mojada por la galactorrea.	
	* Falta de apoyo por la familia, pareja... para seguir con l. materna.	
	* Publicidad, radio, prensa...	
Motivos psico/afectivos	* Información inadecuada.	
	* Me siento más demacrada, ojerosa, cansada...	
	* Supone una gran carga de estrés emocional para la madre.	
	* Agobio en los primeros días/ mes por el llanto del bebe.	
Motivos psico/afectivos	* Fracaso de lactancia materna en hijos anteriores.	
	¿Cuáles?	
Otros motivos		

NOTAS:

ANEXO 10.8

LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS 3: A LOS 6 MESES

¿Qué tipo de alimentación le dabas a tu hijo/a a los 4 meses de edad?				
Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial	Lactancia parcial		
¿Qué tipo de alimentación le das en la actualidad a tu hijo/a?				
Lactancia materna exclusiva	Lactancia materna	Lactancia artificial	Lactancia parcial	Alimentación complementaria
En caso de que se haya producido un cambio con respecto a la alimentación de tu bebé, ¿Cuántos meses tenía el bebé cuando se hizo dicho cambio?				
¿Cuál fue el motivo de dicho cambio?				
Motivos sanitarios	* Creo que el bebé se queda con hambre.			
	* No sé la cantidad exacta de lo que come.			
	* Producción de leche insuficiente.			
	* Enfermedad materna que lo motive.			
	* Enfermedad del lactante que lo motive.			
	* Pezones planos o invertidos.			
	* Mala técnica de colocación al pecho.			
	* Gran dolor en el pecho (incluye mastitis).			
	* Consejo médico.			
Motivos económicos	* Vuelta al trabajo o previsión de ello.			
	* Incompatibilidad con horario de trabajo.			
	* Obtención de leche artificial gratis.			
Motivos cultural/sociales	* Estoy más atada y no tengo la libertad de salir y distraerme...			
	* Estoy siempre mojada por la galactorrea.			
	* Falta de apoyo por la familia, pareja... para seguir con l. materna.			
	* Publicidad, radio, prensa...			
Motivos psico/afectivos	* Información inadecuada.			
	* Me siento más demacrada, ojerosa, cansada...			
	* Supone una gran carga de estrés emocional para la madre.			
	* Agobio en los primeros días/ mes por el llanto del bebe.			
Otros motivos	* Fracaso de lactancia materna en hijos anteriores.			
	¿Cuáles?			
<p>EN CASO DE QUE HAYA INICIADO LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA; ¿Quién te dio la recomendación de iniciarla? (Pediatra, enfermera de centro de salud, matrona, familia, amigos, revistas, libros, internet, decisión propia).</p>				

NOTAS:

ANEXO 10.9

LACTANCIA MATERNA Y SUS DETERMINANTES

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS 4: A LOS 12 MESES

¿Qué tipo de alimentación le dabas a tu hijo/a a los 6 meses de edad?		
Lactancia materna	Lactancia artificial	
¿Qué tipo de alimentación le das en la actualidad a tu hijo/a?		
Lactancia artificial	Lactancia parcial	Alimentación complementaria
<p>En caso de que se haya producido un cambio con respecto a la alimentación de tu bebé, ¿cuántos meses tenía el bebé cuando se hizo dicho cambio?</p> <p style="text-align: center;">¿Cuál fue el motivo de dicho cambio?</p>		
Motivos sanitarios	* Creo que el bebé se queda con hambre.	
	* No sé la cantidad exacta de lo que come.	
	* Producción de leche insuficiente.	
	* Enfermedad materna que lo motive.	
	* Enfermedad del lactante que lo motive.	
	* Pezones planos o invertidos.	
	* Mala técnica de colocación al pecho.	
	* Gran dolor en el pecho (incluye mastitis).	
	* Consejo médico.	
	Motivos económicos	* Vuelta al trabajo o previsión de ello.
* Incompatibilidad con horario de trabajo.		
* Obtención de leche artificial gratis.		
Motivos cultural/sociales	* Estoy más atada y no tengo la libertad de salir y distraerme...	
	* Estoy siempre mojada por la galactorrea.	
	* Falta de apoyo por la familia, pareja... para seguir con l. materna.	
	* Publicidad, radio, prensa...	
Motivos psico/afectivos	* Información inadecuada.	
	* Me siento más demacrada, ojerosa, cansada...	
	* Supone una gran carga de estrés emocional para la madre.	
	* Agobio en los primeros días/ mes por el llanto del bebe.	
	* Fracaso de lactancia materna en hijos anteriores.	
Otros motivos	¿Cuáles?	
<p>EN CASO DE QUE HAYA INICIADO LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA; ¿Quién te dio la recomendación de iniciarla? (Pediatra, enfermera de centro de salud, matrona, familia, amigos, revistas, libros, internet, decisión propia).</p>		

NOTAS: