

## ORIGINAL

# Factores asociados al inicio de la lactancia materna y razones de la madre para la toma de su decisión

J.M. Rius<sup>1</sup>, C. Rivas<sup>2</sup>, J. Ortuño<sup>3</sup>, M. Maravall<sup>4</sup>, M. Aguar<sup>5</sup>, M.A. Calzado<sup>6</sup>, A. López<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital «Virgen de la Luz». Cuenca. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Sagunto. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital «Virgen de la Vega». Murcia. <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Valencia. <sup>5</sup>Servicio de Neonatología. Hospital Universitario y Politécnico «La Fe». Valencia. <sup>6</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Vinalopó. Elche (Alicante). <sup>7</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico «La Fe». Valencia

## Resumen

**Introducción:** Los beneficios de la lactancia materna (LM) son bien conocidos. En estudios previos se constata que aproximadamente un 20% de las madres deciden no iniciarla. Existe un escaso conocimiento de los factores que predicen tal decisión y los motivos maternos para ello. En este estudio analizamos la prevalencia de inicio de la LM, los factores asociados y las razones maternas al respecto.

**Método:** Estudio de prevalencia de inicio de la LM de gestaciones  $\geq 36$  semanas. Recogida de variables mediante encuestas presenciales en las primeras 24 horas posparto. Estudio multivariante de los factores asociados al inicio de la LM.

**Resultados:** Se estudió un total de 452 pares, madre-recién nacido. El 81% inició la LM. Los factores favorecedores fueron la opinión favorable de la pareja (*odds ratio* [OR]= 28,49; intervalo de confianza [IC] del 95%: 5,34-151,95), la opinión neutral de la abuela materna (OR= 4,79; IC del 95%: 0,99-23,76), haber dado LM al hijo previo (OR= 22,63; IC del 95%: 5,68-90,07) y residir en la misma provincia donde está ubicado el hospital (OR= 47,34; IC del 95%: 16,09-139,31). Los factores desfavorecedores fueron: el hábito tabáquico de la madre (OR= 0,37; IC del 95%: 0,15-0,92), haber tenido abortos previos (OR= 0,35; IC del 95%: 0,20-0,60) y precisar tratamiento farmacológico al iniciar la lactancia (OR= 0,25; IC del 95%: 0,08-0,74).

**Conclusiones:** Aportamos ciertos factores conocidos y otros novedosos asociados al inicio de la LM y los motivos de la madre para la toma de su decisión. Los tratamientos farmacológicos maternos son un factor asociado para no iniciar la LM, corregible con un asesoramiento adecuado. Urge adoptar medidas correctoras para conseguir tasas de inicio de la LM cercanas al 100%. Es necesaria la unificación de criterios respecto a lo que se considera «inicio de la LM» para comparar resultados de futuras investigaciones.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

## Palabras clave

Inicio de lactancia materna, factores asociados, motivos maternos, fármacos

## Abstract

**Title:** Predictors of breastfeeding initiation and maternal reasons for this decision

**Introduction:** Breastfeeding benefits have been clearly demonstrated, but nearly 20% of mothers don't start breastfeeding. Related factors to this decision and maternal reasons have been poorly investigated. We assess initiation breastfeeding rate, maternal reasons and the factors linked to their decision.

**Method:** This is a prevalence study of initiation breastfeeding rate in a sample of mothers who delivered after 36 weeks of gestation. Six trained investigators collected variables by structured questionnaires, asking the mothers in the hospital within the first 24 hours after delivery. Bivariate and multivariate analysis of the data were performed.

**Results:** Eighty one percent of the mothers started breastfeeding. Positive associated factors were: a good opinion of mother's partner about breastfeeding (OR= 28.49; CI 95%: 5.34-151.95), neutral opinion of grandmother about breastfeeding (OR= 4.79; CI 95%: 0.99-23.76), positive breastfeeding experience with previous sibling (OR= 22.63; CI 95%: 5.68-90.07) and coming from the same province where the hospital is located (OR= 47.34; CI 95%: 16.09-139.31). Negative related factors were: maternal smoking habit (OR= 0.37; CI 95%: 0.15-0.92), previous abortions (OR= 0.35; CI 95%: 0.20-0.60) and maternal pharmacological treatment at the beginning of breastfeeding (OR= 0.25; CI 95%: 0.08-0.74).

**Conclusions:** We have described not only known but other new factors associated with the breastfeeding initiation, and maternal reasons for making their decisions. Pharmacological treatment is one of the factors clearly implicated in the beginning of formula-feeding, and this decision is avoidable with a correct counselling. Increasing breastfeeding initiation rates is strongly recommended with new public health interventions. Common criteria of what consider as a "breastfeeding initiation" are required for future research.

©2015 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

## Keywords

Breastfeeding initiation, associated factors, maternal reasons, drugs

## Introducción

Los contrastados beneficios de la lactancia materna (LM) y su superioridad frente a la lactancia artificial (LA) están hoy día fuera de toda duda<sup>1,2</sup>. Por este motivo, y salvo contraindicación médica<sup>3</sup>, diversos organismos nacionales e internacionales la recomiendan de forma exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante, y junto con la alimentación complementaria posteriormente<sup>4,5</sup>. No obstante, existen datos que demuestran que alrededor de un 20% de las madres españolas deciden no iniciar la LM<sup>6-9</sup>. Los factores asociados a este hecho son de índole diversa, como muestran numerosas investigaciones<sup>9-16</sup>. Por otro lado, las razones aludidas por las madres para optar por una LA han sido descritas en diferentes trabajos de investigación<sup>7,12,17</sup>. La toma de fármacos podría ser un factor que motivase a las madres a no iniciar la LM. Los objetivos de nuestra investigación han sido: a) averiguar la prevalencia de inicio de la LM en nuestro medio; b) analizar los factores que pudieran estar relacionados con el inicio o no de la LM, y si el consumo materno de fármacos podría ser uno de ellos; c) describir los motivos maternos para decidirse por una LA en lugar de la LM, y si el tratamiento farmacológico materno está entre ellos; d) analizar si los casos en que los fármacos fueron el motivo principal para decidirse por una LA contraindicaban realmente la LM, y e) describir lo que en la literatura médica se entiende por «inicio de la LM», realizando unas propuestas de definición a este respecto que pudieran utilizarse en futuras investigaciones.

## Material y método

### Diseño

Estudio de prevalencia realizado en la población dependiente del Hospital Universitario y Politécnico (UiP) «La Fe» de Valencia, entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2004. Fueron incluidos de forma consecutiva los nacimientos de  $\geq 36$  semanas de edad gestacional que ingresaron en la maternidad del hospital. Quedaron excluidos los que precisaban un ingreso superior a 12 horas en una unidad distinta a la maternidad tras el nacimiento, las gestaciones gemelares y las madres que mostraron su deseo de no participar.

### Cálculo del tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra en función de la proporción de madres que inician la LM, que en estudios similares previos se había observado en torno al 78%<sup>6</sup>. Se estimó, asumiendo una población diana de 1.000.000 personas, aceptando un riesgo alfa (error tipo I) de 0,05, y una precisión absoluta de  $\pm 5\%$  en un contraste bilateral, que el número total de sujetos necesarios debía ser de 293, considerando una tasa de reposición del 10%.

### Recogida de datos

Los datos de las variables estudiadas se obtuvieron mediante una encuesta presencial diseñada a tal efecto (anexo 1), que fue llevada a cabo por 6 investigadores entrenados específica-

mente. La entrevista se realizó a las madres en las primeras 24 horas del puerperio; en ella se recogían las variables que habían demostrado en la bibliografía ser factores relacionados con el hecho de iniciar o no el amamantamiento.

### Definición de las variables

Se definió la variable principal «inicio de la LM» como el caso de una madre que manifestaba en la entrevista su intención de lactar y que daba el pecho al recién nacido (RN) de manera repetida durante las primeras 24 horas de vida, independientemente de que se le hubiera ofrecido alguna toma aislada de fórmula artificial, suero o agua. Las variables secundarias se agruparon en sociodemográficas, biosanitarias, del RN, las referidas al origen de la información recibida por la madre en torno a la LM y las referentes a la predisposición materna y del entorno familiar a dar el pecho. Se recogió un total de 45 variables para su análisis posterior (anexo 1). Por otro lado, para conocer los motivos aludidos por las madres para optar por una u otra modalidad de alimentación del RN se realizó una pregunta abierta, como consta en el citado anexo 1. Para evaluar el grado de compatibilidad del tratamiento farmacológico materno con la LM se utilizó lo estandarizado en la web [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org). Esta fuente de información científica, de acceso gratuito en la web en la actualidad, es un proyecto de la Asociación para la Promoción e Investigación Científica y Cultural de la Lactancia Materna (APILAM), creada por un grupo de profesionales sanitarios en la Comunidad Valenciana. Ellos son los encargados de generar, revisar y custodiar los conocimientos científicamente validados sobre LM, en especial la compatibilidad de ésta con la toma de medicamentos y otros productos por parte de las madres lactantes.

### Análisis estadístico de los datos

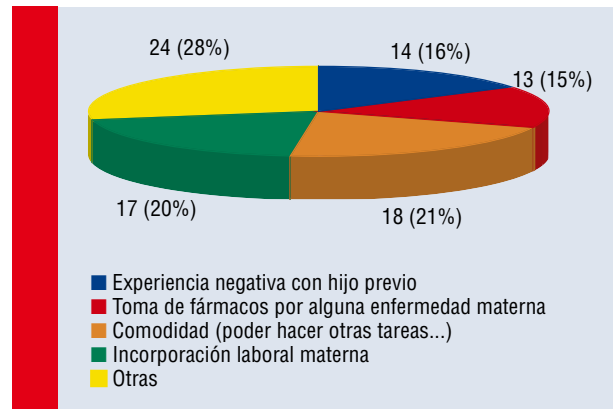
El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 13.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos). Se calculó el valor absoluto con porcentaje respecto al total entre paréntesis para las variables cualitativas, y la media y la desviación estándar para las cuantitativas. Se comprobó la normalidad de la distribución de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En las variables que no siguieron una distribución normal se utilizó una transformación logarítmica para su normalización. Se realizó un análisis bivariado de los datos, con la variable principal y las 45 variables secundarias, para averiguar qué factores se encontraban asociados al hecho de iniciar la LM. Se utilizó el estadístico  $\chi^2$  para las variables cualitativas y el test exacto de Fisher para cuando los valores esperados en la variable eran  $< 5$ . Para las variables cuantitativas se utilizó el test de la t de Student. Se consideró que se alcanzaba significación estadística a partir de un valor de  $p < 0,05$ . Posteriormente, se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria, incluyéndose en el modelo todas las variables que habían resultado significativas en el análisis bivariado. Dicho modelo se construyó mediante un procedimiento de pasos sucesivos hacia delante (*forward wald selection method*). Se realizó un análisis previo de correlación entre variables<sup>18</sup>.

### Consideraciones éticas

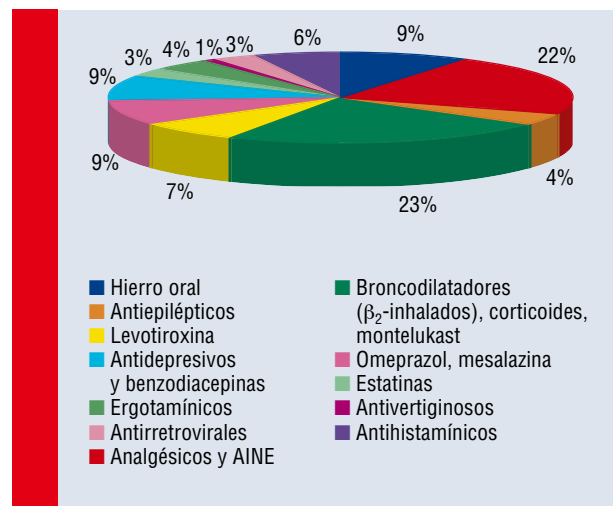
El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital UIP «La Fe» de Valencia. Todas las madres participantes en el estudio firmaron un documento de consentimiento informado.

### Resultados

De los 470 pares elegibles inicialmente, se excluyeron 18: 10 por deseo materno de no participar, 1 por dificultades en el idioma y 7 correspondientes a gestaciones gemelares (de éstas, 1 recogida erróneamente como gestación única). De los 452 pares incluidos finalmente, 366 (81%) iniciaron la LM y 86 (19%) madres decidieron iniciar la alimentación del RN con una fórmula artificial. Entre las españolas la iniciaron el 80%, y entre las extranjeras el 87%. De las 45 variables analizadas, 15 alcanzaron significación estadística en el estudio bivariado (tabla 1). Todas ellas se incluyeron en el modelo multivariado, y finalmente las que quedaron asociadas independientemente del resto al hecho de iniciar el amamantamiento se muestran en la tabla 2. Así, el hecho de que la pareja tenga una opinión favorable sobre el inicio de la LM (*odds ratio* [OR]= 28,49; intervalo de confianza [IC] del 95%: 5,34-151,95), la abuela materna manifieste una opinión neutral al respecto (OR= 4,79; IC del 95%: 0,99-23,76), haber alimentado al hijo previo con LM (OR= 22,63; IC del 95%: 5,68-90,07) y ser de la misma provincia de Valencia donde está ubicado geográficamente el hospital (OR= 47,34; IC del 95%: 16,09-139,31) son factores que hipotéticamente favorecerían el inicio de la LM; por el contrario, ser madre fumadora (OR= 0,37; IC del 95%: 0,15-0,92), haber tenido abortos previos (OR= 0,35; IC del 95%: 0,20-0,60) y precisar algún tratamiento farmacológico previo a la gestación y seguir precisándolo durante la lactancia (OR= 0,25; IC del 95%: 0,08-0,74) son factores que no favorecerían su inicio. Entre las razones referidas por las propias madres para escoger una LA frente a una LM, como se observa en la figura 1, las dos más comunes son el hecho de la «comodidad», ya que de esta manera ellas dicen tener tiempo para realizar otras tareas (cuidar de otro/s hijo/s, realizar tareas domésticas, etc.) mientras otra persona se encarga de darle el biberón al RN, y la «incorporación laboral materna». Otros motivos relevantes por su frecuencia son el haber tenido una «experiencia negativa con la LM del hijo previo» cuando ésta no se llegó a instaurar o se abandonó de forma precoz, a pesar de los deseos maternos de iniciar y mantener una lactancia prolongada, junto con el «consumo de fármacos» por parte de la madre, que potencialmente contraindicarían la LM. Queremos destacar que un 15,3% (69 madres de nuestra muestra) debía seguir con algún tratamiento farmacológico tras el parto. En la figura 2 puede observarse esto con más detalle. Entre todas las madres que se decidieron inicialmente por una LA, 21 (24,4%) declaraban estar tomando medicación en el momento de considerar esta decisión, y 13 declaraban que el motivo principal para no iniciar la LM era la toma de fármacos, ya sea por consejo de un facultativo o porque ellas mismas asumían que este consumo podía ser perjudicial para el lactante. De estos 13 casos de declaración materna, debemos excluir a 4 madres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana con



**Figura 1.** Motivos maternos para iniciar la alimentación del RN con una fórmula artificial. Se recogió la razón que ellas consideraron más importante (por ello el total de razones es igual al total de madres que deciden iniciar una LA)



**Figura 2.** Fármacos que precisaban consumir las madres en el momento de la decisión de lactar o no lactar

tratamiento antirretroviral, ya que la contraindicación para la LM en estos casos era la propia infección viral y no el tratamiento farmacológico que tomaban. De esta forma, los 9 casos restantes suponen el 10,5% del total de madres que optaron por una LA desde el inicio. En la tabla 3 pueden observarse con detalle estos 9 casos y el nivel de riesgo que el consumo de este fármaco suponía para el lactante. No obstante, en todos los casos, salvo en 2 de ellos, el nivel de riesgo era bajo o muy bajo y, por tanto, podía haberse optado con total seguridad por la opción de la LM a pesar del tratamiento farmacológico materno.

### Discusión

La presente investigación, por número de pacientes incluidos, número de variables estudiadas y metodología empleada para

TABLA 1

**Factores que resultaron significativamente asociados al inicio del amamantamiento. Análisis bivariado: valor absoluto (%), media (desviación estándar)**

| Variable                          | LM          | LA          | p      | Variable   | LM         | LA        | p      |
|-----------------------------------|-------------|-------------|--------|--|------------|-----------|--------|
| <b>Factores sociodemográficos</b> |             |             |        | <b>Fuentes de la información recibida por la madre en torno a la lactancia</b> |            |           |        |
| Provincia de origen               |             |             | 0,00   | Folleto escritos   |            |           | 0,02   |
| Valencia                          | 347 (88,5)  | 45 (11,5)   |        | No   | 70 (72,9)  | 26 (27,1) |        |
| Otras                             | 19 (31,7)   | 41 (68,3)   |        | Sí   | 296 (83,1) | 60 (16,9) |        |
| Nivel de estudios materno         |             |             | 0,005  | Matrona/clases prenatales  |            |           | 0,02   |
| Primarios                         | 120 (74,5)  | 41 (25,5)   |        | No   | 89 (74,2)  | 31 (25,8) |        |
| Secundarios                       | 152 (82,6)  | 32 (17,4)   |        | Sí   | 277 (83,4) | 55 (16,6) |        |
| Universitarios                    | 94 (87,9)   | 13 (12,1)   |        | Otros familiares   |            |           | 0,04   |
| <b>Factores biosanitarios</b>     |             |             |        | No   | 279 (79)   | 74 (21)   |        |
| Cirugía mamaria previa            |             |             | 0,02   | Sí   | 87 (87,9)  | 12 (12,1) |        |
| No                                | 359 (81,8)  | 80 (18,2)   |        | Obstetra público   |            |           | 0,01   |
| Sí                                | 7 (53,8)    | 6 (46,2)    |        | No   | 345 (82,3) | 74 (17,7) |        |
| Número de abortos previos         | 0,28 (0,59) | 0,58 (0,92) | 0,00   | Sí   | 21 (63,6)  | 12 (36,4) |        |
| Toma de fármacos                  |             |             | 0,01   | <b>Predisposición materna y familiar a dar el pecho</b>                        |            |           |        |
| No                                | 318 (83)    | 65 (17)     |        | Abuela materna partidaria  |            |           | <0,001 |
| Sí                                | 48 (69,6)   | 21 (30,4)   |        | No   | 7 (41,2)   | 10 (58,8) |        |
| Hábito tabáquico                  |             |             | <0,001 | Sí   | 26 (45,6)  | 31 (54,4) |        |
| No fumadora                       | 219 (86,9)  | 33 (13,1)   |        | Indiferente  | 333 (88,1) | 45 (11,9) |        |
| Exfumadora                        | 49 (80,3)   | 12 (19,7)   |        | Pareja partidaria  |            |           | <0,001 |
| Fumadora                          | 98 (70,5)   | 41 (29,5)   |        | No   | 4 (28,6)   | 10 (71,4) |        |
| Tipo de anestesia en el parto     |             |             | 0,02   | Sí   | 341 (92,4) | 28 (7,6)  |        |
| Local                             | 171 (85,1)  | 30 (14,9)   |        | Indiferente  | 21 (30,4)  | 48 (69,6) |        |
| Neuroeje                          | 187 (78,2)  | 52 (21,8)   |        | <b>Tipo de lactancia en hijos previos</b>                                      |            |           |        |
| General                           | 8 (66,7)    | 4 (33,3)    |        | LA   | 12 (32,4)  | 25 (67,6) | <0,001 |
| Amenaza de aborto en la gestación |             |             | 0,08   | Sin hijos previos  | 205 (84,4) | 38 (15,6) |        |
| No                                | 338 (82)    | 74 (18)     |        | LM   | 149 (86,6) | 23 (13,4) |        |
| Sí                                | 28 (70)     | 12 (30)     |        |  |            |           |        |

LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna.

el análisis de los factores asociados al inicio de la LM, supone uno de los trabajos más completos llevado a cabo en España. Nuestros datos muestran que la tasa de inicio de la LM en nuestro medio es similar a la de los países de nuestro entorno<sup>11-14</sup>, aunque notablemente inferior a la de los países del centro y norte de Europa, donde se aproxima al 100%<sup>19,20</sup>. Esto podría explicarse por unas políticas sociales y sanitarias más partidarias de la lactancia en estos países, aunque la confirmación de esta hipótesis no es el objeto de nuestra investigación. Entre los factores que podrían estar asociados negativamente al inicio de la LM se encuentra el hábito tabáquico. Existen investigaciones con resultados iguales a los nuestros<sup>21,22</sup>; sin embargo, en otras, aun mostrando una tendencia a dicho resul-

tado, no se confirmó tras un análisis multivariado de los datos<sup>10,11,13,14</sup>. Dados los conocidos efectos perjudiciales del hábito tabáquico para la salud, es probable que algunas madres fumadoras opten por una LA antes que iniciar la LM, no ponderando adecuadamente la relación beneficio-riesgo de optar por una LM a pesar de no abandonar el hábito tabáquico. No obstante, se requeriría la realización de otros estudios específicos para verificar esta hipótesis. Como se concluye en otras investigaciones<sup>10,16,23</sup>, y según muestran también nuestros resultados, el hecho de que la abuela materna y la pareja tengan una actitud favorable a la LM podría ser un factor facilitador para su inicio. Esto reflejaría la intensa influencia que los familiares más allegados pueden ejercer en la decisión materna de lactar

TABLA 2

**Factores asociados al inicio del amamantamiento. Análisis multivariado**

| Variable                                       | OR         | IC del 95%   | p      |
|--|------------|--------------|--------|
| N.º de abortos previos                         | 0,35       | 0,20-0,60    | <0,001 |
| Hábito tabáquico                               |            |              | 0,056  |
| No fumadora                                    | Referencia | –            |        |
| Ex fumadora                                    | 0,33       | 0,10-1,10    |        |
| Fumadora                                       | 0,37       | 0,15-0,92    |        |
| Tratamiento farmacológico en la madre lactante | 0,25       | 0,08-0,74    | 0,012  |
| Abuela materna partidaria                      |            |              | 0,001  |
| No   | Referencia | –            |        |
| Sí   | 0,71       | 0,13-3,63    |        |
| Indiferente                                    | 4,79       | 0,99-23,76   |        |
| Ser de la provincia de Valencia                | 47,34      | 16,09-139,31 | <0,001 |
| Pareja partidaria                              |            |              | <0,001 |
| No   | Referencia | –            |        |
| Sí   | 28,49      | 5,34-151,95  |        |
| Indiferente                                    | 1,12       | 0,22-5,69    |        |
| Tipo de lactancia en hijos previos             |            |              | <0,001 |
| LA   | Referencia | –            |        |
| Sin hijos previos                              | 12,42      | 3,58-43,03   |        |
| LM   | 22,63      | 5,68-90,07   |        |

IC: intervalo de confianza; LA: lactancia artificial; LM: lactancia materna; OR: *odds ratio*.

TABLA 3

**Descripción de la casuística en la que los fármacos supusieron la razón principal para no lactar**

| Fármaco                   | Motivo                      | Nivel de riesgo* |
|---------------------------|-----------------------------|------------------|
| Ciprofloxacino            | Gastroenteritis             | 0                |
| Levotiroxina              | Hipotiroidismo              | 0                |
| Cabergolida               | Prolactinoma                | 2                |
| Sertralina y alprazolam   | Trastorno ansioso-depresivo | 0 y 1            |
| Prednisona                | Alergia cutánea             | 0                |
| Terbutalina y montelukast | Asma                        | 0 y 1            |
| Hidroxicina               | Alergia cutánea             | 0                |
| Mesalazina                | EII                         | 0                |
| Bromocriptina             | Prolactinoma                | 2                |

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; LM: lactancia materna.

\*Clasificación del nivel de riesgo o compatibilidad para la LM, tomada de la web [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org). 0: compatible, sin riesgo para la lactancia y el lactante; 1: bastante seguro, riesgo leve o poco probable; 2: poco seguro, valorar cuidadosamente, evitar, utilizando una alternativa más segura; 3: contraindicado, uso de una alternativa o cese de la lactancia. Última consulta realizada el 23 de abril de 2014.

o no. Se han publicado incluso evidencias de que otros familiares o amigos con habilidades y conocimientos adecuados sobre la LM podrían tener una influencia positiva sobre esta decisión materna, incluso mayor que el propio equipo sanitario<sup>24</sup>. Igual que hemos constatado en nuestro estudio, existen pruebas científicas de que las madres con una experiencia positiva en lactancia con el hijo previo tendrían mayor probabilidad de iniciar esta modalidad de alimentación en los hijos sucesivos<sup>10,25</sup>. Esta experiencia positiva supondría un hecho capacitante, que incrementaría la autoconfianza en la madre para sucesivas lactancias, aunque no existen datos publicados que confirmen esta suposición. Otros factores potencialmente asociados al inicio de la LM que aportamos con nuestro estudio son novedosos, ya que no hemos encontrado referencias en la bibliografía a modo de estudios con metodología multivariante. Tanto la presencia de abortos previos (y más aún cuanto mayor es el número de ellos) como el consumo de fármacos de forma habitual previos a la gestación y la necesidad de seguir con ellos durante la lactancia, serían factores que aumentarían la probabilidad de no iniciarla. Por el contrario, el hecho de que la madre tenga la residencia habitual en la misma provincia de Valencia aumentaría la probabilidad de iniciar la LM. No tenemos una explicación convincente de cómo este factor podría influir positivamente en el inicio de la LM, ya que no existen notables diferencias entre los recursos asistenciales en torno a la lactancia de otras zonas sanitarias y los del hospital donde hemos realizado la investigación. No obstante, el hecho de que haya un número de madres en el grupo de residencia en la provincia de Valencia muy superior al de residencia fuera de ella, como se observa en la tabla 1, podría justificar este resultado significativo. Respecto a la asociación entre el número de abortos y no iniciar la LM, una posible hipótesis que la justificaría sería que las madres que toman esta decisión podrían ser las que llegarían con mayor preocupación o ansiedad al final de una gestación por fin conseguida, lo que propiciaría que tras comprobar el buen estado de salud del RN la siguiente gran preocupación fuera su alimentación, eligiendo la certidumbre de la LA frente a la LM. Sin embargo, sería necesario realizar estudios específicos para confirmar esta explicación. Nuestros datos apuntan hacia la hipótesis de que la necesidad de tratamiento farmacológico en la madre tras el parto supondría un riesgo para no iniciar la LM. En el estudio de Ito et al., en el que se describe el inicio y la duración de la LM en madres que reciben tratamiento anticomicial durante la gestación y deben continuarlo durante la lactancia, se concluye que en el grupo de madres que deben tomar este tratamiento, en comparación con las madres que no lo precisaban, el porcentaje de inicio de la LM es significativamente inferior. No obstante, se trata de un estudio retrospectivo sin análisis de factores de confusión y, por tanto, con limitaciones importantes para dar validez a sus conclusiones<sup>26</sup>. Ciertamente, en nuestro estudio éste es un factor con una importancia relativa, pues está implicado únicamente en el 10,5% de los casos que no inician la LM. Sin embargo, como puede concluirse al revisar la tabla 3, en la mayor parte de estos casos no existía contraindicación absoluta para la LM y, por tanto, se trataría de pérdidas evitables con un ade-



## TABLA 4

## Descripción de la prevalencia de LM y momento posparto considerado en diferentes investigaciones publicadas

| Estudios  | LME (%) | LMT (%) | Momento en el que se consideró «inicio de la lactancia materna»                                      |
|---|---------|---------|--|
| <i>Internacionales</i>  |         |         |  |
| Riva et al. <sup>13</sup> (Italia, 1999)                      | 55,6    | 85      | Al tercer día de vida del RN   |
| Vogel et al. <sup>28</sup> (Nueva Zelanda, 1999)              | –       | 97      | En las primeras 48 horas posparto  |
| Lande et al. <sup>19</sup> (Noruega, 2003)                    | –       | 99      | En la primera semana de vida del RN  |
| Lanting et al. <sup>12</sup> (Holanda, 2005)                  | –       | 78      | Inmediatamente tras el parto   |
| Li et al. <sup>29</sup> (Estados Unidos, 2005)                | 63,4    | 68,4    | A los 7 días posparto  |
| Theofilogiannakou et al. <sup>14</sup> (Grecia, 2006)         | –       | 85*     | Varias consideraciones: en la primera hora posparto, a las 24 horas del parto y al alta hospitalaria |
| Scott et al. <sup>30</sup> (Australia, 2006)                  | 75      | 94      | Al alta de Maternidad  |
| Kohlhuber et al. <sup>20</sup> (Alemania, 2008)               | –       | 89,5    | Entre los días 2 y 6 posparto  |
| Tarrant et al. <sup>16</sup> (Irlanda, 2009)                  | 40,3    | 58      | Al alta de Maternidad o al inicio de los cuidados domiciliarios                                      |
| Gubler et al. <sup>15</sup> (Suiza, 2013)**                   | 67,6    | 98,6    | Al alta de Maternidad  |
| <i>Españoles</i>  |         |         |  |
| Hostalot et al. <sup>9</sup> (Cataluña, 2001)                 | –       | 78      | Al alta de Maternidad  |
| González et al. <sup>31</sup> (Córdoba, 2007)                 | 61,5    | 75,7    | En la primera visita puerperal (días 4-5 posparto)   |
| Barriuso et al. <sup>7</sup> (centro y norte de España, 1999) | 80      | 88      | Al alta de Maternidad  |
| Ortega et al. <sup>8</sup> (Murcia, 2008)                     | 91      | 93      | Al alta de Maternidad  |
| Nuestro estudio   | –       | 81      | Primeras 24 horas posparto   |

LM: lactancia materna; LME: LM exclusiva; LMT: LM total (conjunto de lactantes alimentados con LME y con lactancia mixta); RN: recién nacido.  
\*Prevalencia de LM obtenida al alta de Maternidad. \*\*Criterios de exclusión numerosos. Muchas madres excluidas de la cohorte inicial.

cuado asesoramiento materno. Por otro lado, los motivos referidos por las propias madres para optar por una LA desde el inicio han sido poco estudiados. Las razones más frecuentemente comunicadas en la bibliografía<sup>12,27</sup> coinciden con nuestros resultados, lo que demuestra que existe poca variabilidad y que estos motivos no dependen de la nacionalidad o el país de residencia de la madre. Tras analizar la bibliografía publicada, podemos afirmar que el «inicio de la LM» no ha sido conceptualizado ni definido específicamente, y existe una gran heterogeneidad a este respecto en las diferentes investigaciones. En la tabla 4 se observan diferentes tasas de inicio de la LM, que dependen en parte de cuándo se obtuvo el dato de tal inicio. Por este motivo proponemos la siguiente estandarización conceptual:

1. «Inicio de la LM», o «iniciar la LM». Situación en la que la madre se coloca al RN al pecho repetidamente durante las primeras 24 horas tras el parto, como expresión de una decisión tomada previamente en este sentido, independientemente de que se pueda dar algún aporte aislado de sucedáneo de leche materna en este tiempo.
2. «LM iniciada». Situación en la que la madre se nota «la subida/bajada de la leche» y se encuentra alimentando a su hijo al pecho de forma exclusiva sin ningún otro tipo de aporte. Entendemos que esta situación debe alcanzarse en condiciones normales entre el tercero y sexto día tras el parto.
3. «LM instaurada». Situación en la que la madre se encuentra alimentando al RN con lactancia materna exclusiva (LME) y éste no sólo ha recuperado la pérdida ponderal fisiológica,

sino que ya ha iniciado una curva ponderal ascendente. Entendemos que, en condiciones normales, esta situación debería llegar entre los días 10 y 15 tras el parto.

Nuestra investigación no está exenta de limitaciones que debemos reconocer:

- La recogida de los datos se realizó hace 10 años y, por este motivo, podría no parecer interesante la comunicación de los resultados. No obstante, el problema de la baja prevalencia en la LM y sus negativas consecuencias sanitarias sigue vigente en la actualidad. Además, tras la búsqueda bibliográfica realizada, no hemos encontrado otros estudios específicos sobre este tema y con ésta o similar metodología durante este tiempo, y ninguno de ellos publicado en nuestro país desde los ensayos de González et al.<sup>31</sup> y Ortega et al.<sup>8</sup>, en 2007 y 2008, respectivamente.
- A pesar del gran número de variables incluidas en el análisis, podría haber otros factores influyentes sobre el hecho estudiado que no hayan sido analizados en nuestro estudio. Sólo futuras publicaciones similares con nuevas hipótesis aportarán más evidencia al respecto.

A nuestro entender, con este trabajo hemos aportado pruebas científicas de que la prevalencia de inicio de la LM en nuestro medio es similar a la de otras zonas del territorio español y a la de otros países de nuestro entorno, aunque sensiblemente inferior a la de los países del norte de Europa. Hemos aportado factores potencialmente asociados, positiva y negativamente, con el hecho del inicio de la LM, algunos ya comunicados y otros

novedosos. Por tanto, y según lo expuesto, creemos que existen oportunidades de mejora con la instauración de unas políticas sanitarias que posibiliten la corrección de todos los factores modificables que podrían estar desfavoreciendo el inicio de la LM. Un asesoramiento adecuado podría ser suficiente en algunos casos en que la LM no está contraindicada, tal como hemos descrito al respecto de las madres lactantes que precisan algún tipo de tratamiento farmacológico. Creemos necesaria la unificación de criterios conceptuales y metodológicos para la realización de investigaciones en torno a este tema, y así poder establecer conclusiones al comparar unos trabajos con otros.

## Agradecimientos

A los doctores Vicente Modesto i Alapont y Modesto Beltrán Salvador, por su asesoramiento en la metodología estadística empleada. ■■■

## Bibliografía

- Ip S, Cheng M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess.* 2007; 153: 1-186.
- Who Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2001; 355: 451-455.
- Díaz Gómez NM. Contraindicaciones de la lactancia materna. En: Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, ed. *Manual de lactancia. De la teoría a la práctica.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008; 47-53.
- World Health Organization. *Global Strategy on Infant and Young Child Feeding.* 55th World Health Assembly. Ginebra: World Health Organization, 2002.
- Hernández MT, Aguayo J. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. *La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica.* Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63: 340-356.
- Hostalot AM, Sorní A, Jovani L, Rosal J, Mercé J, Iglesias 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.
- Barriuso LM, Sánchez-Valverde F, Romero C, Vitoria JC. Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 237-243.
- Ortega JA, Pastor E, Martínez I, Bosch V, Quejada JJ, Hernández F, et al. Proyecto Malama en la región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2008; 68: 447-453.
- Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr.* 2002; 56: 144-150.
- Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *B J Nutr.* 2008; 99: 1.127-1.132.
- Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RP. Influences on breastfeeding in south east England. *Acta Paediatr.* 1997; 86: 51-56.
- Lanting CI, Van Wouwe JP, Reijneveld SA. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr.* 2005; 94: 935-942.
- Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr.* 1999; 88: 411-415.
- Theofilogiannakou M, Skouroliakou M, Gounaris A, Panagiotakos D, Markantonis SL. Breastfeeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006; 43: 379-384.
- Gubler T, Krähenmann F, Roos M, Zimmermann R, Ochsenbein-Kölble N. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med.* 2013; 41: 331-339.
- Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearny JM. The prevalence and determinants of breastfeeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutrition.* 2009; 13: 760-770.
- Colin WB, Scout JA. Breastfeeding: reasons for starting, reasons for stopping and problems along the way. *Breastfeeding Rev.* 2002; 10: 13-19.
- Kleinbaum DG, Dietz K, Gail M, Krickeberg K, Singer B, eds. *Survival analysis. A self-learning test.* Nueva York: Springer-Verlag, 1996.
- Lande B, Andersen LF, Bærug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian Infant Nutrition Survey. *Acta Paediatr.* 2003; 92: 152-161.
- Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *B J Nutr.* 2008; 99: 1.127-1.132.
- Ford RPK, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breastfeeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 1994; 30: 483-489.
- Weiser TM, Lin M, Garikapaty V, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. *Pediatrics.* 2009; 124: 1.603-1.610.
- Ingram J, Jonson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery.* 2002; 18: 87-81.
- Matich JR, Sims LS. A comparison of social support variables between women who intend to breast o bottle feed. *Soc Sci Med.* 1992; 34: 919-927.
- Leahy-Warren P, Mulcahy H, Phelan A, Corcoran P. Factors influencing initiation and duration of breast feeding in Ireland. *Midwifery.* 2014; 30: 345-352.
- Ito S, Moretti M, Liao M, Koren G. Initiation and duration of breastfeeding in women receiving antiepileptics. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 172: 881-886.
- Atchan M, Foureur M, Davis D. The decision not to initiate breastfeeding. Women's reasons, attitudes an influencing factors. A review of the literature. *Breastfeed Rev.* 2011; 19: 9-17.
- Vogel A, Hutchinson BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 1999; 88: 1.320-1.326.
- Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics.* 2005; 115: e31-e37.
- Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Gram KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics.* 2006; 117: e646-e655.
- González M, Toledano J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp.* 2007; 65: 123-125.

**Conjunto de variables analizadas en el estudio. Tipo de variables y valores que podían tomar**

| <i>Variables</i>                   | <i>Tipo (expresión)</i>                            | <i>Variables</i>  | <i>Tipo (expresión)</i>                    |
|------------------------------------|--|---|--|
| <i>Sociodemográficas</i>           |  | <i>Origen de la información recibida</i>  |  |
| Provincia de residencia            | Dicotómica (Valencia, otras)                       | Folletos escritos   | Dicotómica (sí, no)                        |
| Edad (A)                           | Cuantitativa (años)                                | Internet  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Nacionalidad (A)                   | Cualitativa (nacionalidad concreta)                | Obstetra público  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Tener pareja estable               | Dicotómica (sí, no)                                | Obstetra privado  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Nivel de estudios                  | Categoría (primarios, secundarios, universitarios) | Matrona clases prenatales   | Dicotómica (sí, no)                        |
| Trabajar fuera del hogar           | Dicotómica (sí, no)                                | Médico de cabecera  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Baja laboral                       | Dicotómica (sí, no)                                | Pareja  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Ayuda de la abuela materna*        | Dicotómica (sí, no)                                | Madre   | Dicotómica (sí, no)                        |
| Tener empleada de hogar            | Dicotómica (sí, no)                                | Amigos  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Excedencia tras el parto           | Dicotómica (sí, no)                                | Otros familiares  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Situación laboral de la pareja     | Dicotómica (activo, parado)                        | <i>Predisposición de la madre lactante y su entorno</i>                         |  |
| Profesión sanitaria                | Dicotómica (sí, no)                                | Expectativas de duración de la LM   | Categoría (<6 meses, >6 meses, lo posible) |
| Pareja profesión sanitaria         | Dicotómica (sí, no)                                | Pareja partidaria de la LM  | Dicotómica (sí, no)                        |
| <i>Biosanitarias</i>               |  | Abuela materna partidaria de LM*  | Dicotómica (sí, no)                        |
| Hábito tabáquico                   | Categoría (no, exfumadora, fumadora)               | Tipo de lactancia en hijos previos  | Categoría (LM, LA, no hijos previos)       |
| Edad gestacional (A)               | Cuantitativa (semanas)                             | ¿Qué decisión ha tomado respecto al modo de alimentar a su hijo?                | Dicotómica (LM, LA)                        |
| Hijos previos                      | Dicotómica (sí, no)                                | ¿Motivo principal para no iniciar la alimentación del recién nacido con LM? (A) | Cualitativa (motivo concreto)              |
| Abortos previos (A)                | Cuantitativa (número de abortos previos)           |   |  |
| Tipo de gestación                  | Dicotómica (natural, asistida)                     |   |  |
| Tipo de parto                      | Dicotómica (vaginal, cesárea)                      |   |  |
| Tipo de anestesia en el parto      | Categoría (local, neuroeje, asistida)              |   |  |
| AHO previos a la gestación         | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| Cirugía mamaria previa             | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| Enfermedad previa                  | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| Tratamiento FPre y NecPost         | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| DM                                 | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| HTA                                | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| Amenaza de aborto en la gestación  | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| APP en la gestación                | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| Otras enfermedades en la gestación | Dicotómica (sí, no)                                |   |  |
| <i>Del recién nacido</i>           |  |   |  |
| Sexo                               | Dicotómica (varón, mujer)                          |   |  |
| PN (A)                             | Cuantitativa (g)                                   |   |  |

AHO: anticonceptivos hormonales orales; FPre: farmacológico previo; NecPost: necesario posparto; DM: diabetes mellitus; HTA: hipertensión arterial; APP: amenaza de parto prematuro; PN: peso al nacimiento; LM: lactancia materna; LA: lactancia artificial.

\*Se trata de la abuela materna del recién nacido.

Se consideró madre fumadora a la que fumaba al menos 3 cigarrillos diarios; la madre exfumadora era la que abandonaba dicho hábito al quedarse embarazada.

Se consideró LM en un hijo previo cuando la madre había lactado durante, al menos, 3 meses.

Toda la información de las variables fue obtenida mediante una entrevista personal con la madre y la revisión de su historia clínica. Cada variable se corresponde con una pregunta en la entrevista materna. Hemos marcado con una (A) únicamente las realizadas de forma abierta para que pudieran dar una respuesta libre. El resto son todas cerradas y con opción de respuesta única según la lista. Las primeras 45 variables son las introducidas en el modelo bivariado.