

Lactancia materna en los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por Consultoría de Lactancia*

Bruna Alibio Moraes^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-0573-1366>

Juliana Karine Rodrigues Strada¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9523-4584>

Vanessa Aparecida Gasparin^{2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-4266-3668>

Lilian Cordova do Espirito-Santo⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-2577-9079>

Helga Geremias Gouveia⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-4980-4141>

Annelise de Carvalho Gonçalves⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-8770-0653>

* Artículo parte de la disertación de maestría "Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Apoyo Financiero del Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Proceso 160227, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

³ Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Porto Alegre, RS, Brasil.

Objetivo: identificar patrones de lactancia materna, supervivencia de la lactancia materna exclusiva y factores asociados a su interrupción, en los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por Consultoría de Lactancia.

Método: cohorte prospectiva, con 231 madres-bebés en el Hospital Amigo del Niño. Se aplicó un cuestionario inicial a las 24 horas del nacimiento, previa consultoría, y de seguimiento, aplicado por teléfono a los 15, 30, 60, 120 y 180 días, con variables sociodemográficas, obstétricas, hábitos maternos, educación del padre, datos de nacimiento y alimentación del bebé. Se llevó a cabo un Análisis de Supervivencia. **Resultados:** a los 180 días de vida, la lactancia materna exclusiva fue del 12,7% y la probabilidad del 19,6% en el análisis de la curva de supervivencia. Los factores asociados a su interrupción fueron el tabaquismo en la gestación (HR 1,66; IC 1,05 - 2,61), edad ≥ 35 años (HR 1,73; IC 1,03 - 2,90), dificultad para amamantar después del alta hospitalaria (HR 2,09; IC 1,29 - 3,41), búsqueda de asistencia profesional (HR 2,45; IC 1,69 - 3,54) y uso de chupete (HR 1,76; IC 1,21-2,58).

Conclusión: la consultoría en lactancia contribuyó a la mejora de las tasas de lactancia materna exclusiva, aunque existen oportunidades de avances.

Descriptor: Lactancia Materna; Lactancia; Consultores; Análisis de Supervivencia; Enfermería; Atención de Enfermería.

Cómo citar este artículo

Moraes BA, Strada JKR, Gasparin VA, Espirito-Santo LC, Gouveia HG, Gonçalves AC. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3412. [Access ]; Available in:  <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3538.3412>.

Introducción

La leche materna es considerada el alimento más completo para el bebé, especialmente en los primeros meses de vida, ya que posee los nutrientes necesarios, y en cantidades adecuadas, para un organismo en desarrollo. Además de nutritiva, la leche materna protege contra infecciones, evita hospitalizaciones y reduce la morbilidad por diarreas e infecciones respiratorias, previene episodios de otitis media y asma, y disminuye la mortalidad por síndrome de muerte súbita en la infancia. Tiene efectos positivos durante la edad adulta, como el aumento en el cociente de inteligencia, educación e ingresos, además de proteger contra el sobrepeso y la obesidad⁽¹⁾.

Los beneficios de la lactancia materna también se extienden a la mujer que amamanta. Se estima que la expansión de la lactancia materna a un nivel casi universal es capaz de prevenir 20.000 muertes al año de mujeres víctimas de cáncer de mama, además de protegerlas contra el cáncer de ovario y la diabetes tipo 2⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta definiciones de estándares de lactancia materna (LM) que son reconocidas en todo el mundo⁽²⁾, y que también se utilizan en Brasil. Se define como lactancia materna exclusiva (LME) cuando el niño recibe únicamente leche materna o leche humana de otra fuente, sin recibir otros líquidos o sólidos. Cuando se introducen jugos de frutas, agua o bebidas a base de agua, la LM se clasifica como predominante (LMP). Se considera lactancia materna complementada (LMC) cuando el niño recibe algún alimento sólido o semisólido con el propósito de complementar y no de reemplazar la leche materna. Por último, la lactancia materna mixta (LMM) ocurre cuando se introducen otros tipos de leche además de la leche materna.

El aumento en las tasas de LME tiene un fuerte impacto en la reducción de las muertes infantiles, estimando que aquellos que son amamantados exclusivamente tienen solo un 12% de riesgo de muerte en comparación con aquellos que no han sido amamantados⁽¹⁾. Por sus beneficios y las razones para contraindicar la introducción precoz de otros alimentos, la OMS y el Ministerio de Salud recomiendan la LM por dos años o más y LME para los primeros seis meses de vida del niño⁽²⁾.

Si bien se conocen los beneficios de la LM para el binomio madre-bebé y las políticas de incentivos, las tasas se mantienen por debajo de lo recomendado en el sexto mes del bebé⁽³⁻⁴⁾. Una estrategia importante para incrementar el número de niños amamantados durante el período recomendado es la consultoría de lactancia, conformada por profesionales capacitados para brindar atención a las parejas madre-bebé y sus familias en el manejo de las dificultades con la LM⁽⁵⁾. El consultor de lactancia está certificado por el *International Board of Lactation Consultant*

Examiners (IBLCE), luego de aprobar una prueba que se realiza una vez por año en varios países⁽⁶⁾.

Los estudios indican que el inicio de la lactancia materna y sus tasas, incluida la LME, se ven afectados de manera positiva por el desempeño de los consultores en lactancia⁷⁻⁸⁾, además de mostrar que las mujeres atendidas por estos profesionales amamantan por un período más prolongado en comparación con las que no tuvieron esta intervención⁽⁹⁾.

Al considerar que los primeros días posparto constituyen un período en el que se dan las mayores preocupaciones por la lactancia materna y en el que las mujeres son más susceptibles a dificultades en la LM⁽¹⁰⁾, y ante el impacto de la consultora de lactancia en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, sumado a la escasez de estudios nacionales sobre el desempeño de este profesional, el presente estudio tiene como objetivo identificar patrones de lactancia materna, supervivencia de la LME y factores asociados a su interrupción, en los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por consultoría de lactancia.

Método

Se trata de un cohorte prospectiva, realizada con parejas madre-bebé atendidas por la Consultoría de Lactancia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). El Hospital Amigo del Niño (*Hospital Amigo da Criança*, IHAC) cuenta desde 1996 con un equipo de consultoría de lactancia, integrado por dos enfermeras y una nutricionista durante el período de este estudio, siendo solo una de las enfermeras con dedicación exclusiva a esta función.

Diariamente, el equipo de atención solicita, vía sistema computarizado, el apoyo a las parejas madre-bebé en riesgo de ocurrencia de dificultades en la lactancia materna o que ya enfrentan problemas, con el objetivo de evaluar, apoyar y asistir de forma continua en situaciones que puedan culminar en la interrupción de la LME antes del período preconizado o en destete precoz. Una vez realizada esta solicitud a través del sistema informático, luego de la asistencia, se registra el historial clínico electrónica de la parturienta.

Se incluyeron parejas residentes en Porto Alegre o región metropolitana que proporcionaron un número de teléfono para contacto posterior, con bebés a término (edad gestacional definida por el método Capurro ≥ 37 semanas) y con peso al nacer de ≥ 2.500 gramos, que se encontraban en acomodación conjunta, que habían comenzado a amamantar y fueron atendidas por una de las consultoras de lactancia. Se excluyeron las madres con gemelos, parejas con contraindicación permanente o temporal para el LM o que fueron separadas después de iniciar la lactancia.

La inclusión de participantes ocurrió desde agosto de 2016 hasta mayo de 2017, con seguimiento telefónico hasta noviembre de 2017. La muestra fue seleccionada de lunes a viernes en la Unidad de Hospitalización Obstétrica (UIO) del HCPA, luego de identificar las parejas que cumplían los criterios de inclusión. Las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio y, en caso de aceptación y luego de la lectura, firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado en dos copias iguales, una copia en posesión de la entrevistada y otra en posesión de la investigadora.

Para el cálculo de la muestra se utilizó una tasa de riesgo de 1,48 y un porcentaje medio de supervivencia a la LME del 5% al final de los seis meses, según un estudio sobre la variable "edad materna menor de 20 años"⁽¹¹⁾. Considerando una potencia del 80% y un nivel de significancia del 5%, la estimación del tamaño de la muestra fue de 210 parejas madre-bebé. Estimando pérdidas del 10%, la muestra consistió en 231 parejas madre-bebé. El *software* utilizado para el cálculo de la muestra fue WINPEPI, versión 11.43.

Para la recolección de datos se utilizaron dos tipos de instrumentos. El inicial, con 34 preguntas, y el de seguimiento, con 47 preguntas, ambos elaborados por las autoras del estudio, a partir de la recopilación de artículos publicados que contemplaron la temática^(11,12,13) y, así, proporcionan una base para el alcance de los objetivos. Estos instrumentos se componen de preguntas cerradas y abiertas. La recolección de datos fue realizada por dos investigadores de maestría y dos estudiantes de licenciatura en enfermería, becarios de iniciación científica, previamente capacitados para acercarse a las participantes.

Los instrumentos se aplicaron en seis etapas: presencialmente en la UIO (entrevista inicial), que se realizó luego de las primeras 24 horas del nacimiento del bebé y luego de ser atendido por una de las consultoras de lactancia, y vía telefónica a las 15, 30, 60, 120 y 180 días de vida del bebé. Las investigadoras fueron instrumentalizadas en la aplicación de cuestionarios de seguimiento telefónico, procediendo a la lectura de las preguntas previamente estipuladas, con el objetivo de estandarizar la recolección. Se consideró el plazo máximo de aplicación de los cuestionarios hasta dos días después de que el niño cumpliera las edades establecidas para cada seguimiento. Las entrevistas de seguimiento se realizaron mientras los niños estaban en LM o hasta que se interrumpió el contacto con el participante por no contestar el teléfono o por un cambio de teléfono durante el período de recolección de datos.

Utilizaron datos primarios, obtenidos de la recopilación de datos y que formaron la base de datos de la investigación más grande. Se utilizaron variables que respondieran a los objetivos propuestos en este estudio.

La variable dependiente fue la interrupción de la LME en días de vida del niño. Las variables independientes incluyeron características sociodemográficas, obstétricas, prenatales, hábitos maternos, historial de lactancia materna, alimentación del bebé, dificultades en la lactancia, motivos para no amamantar, ofrecimiento de artefactos al bebé (chupetes, biberones, taza, cuchara y jeringa), apoyo en lactancia materna, educación de la pareja y datos de nacimiento.

Los datos se analizaron mediante análisis descriptivo y analítico. Se utilizó el análisis de supervivencia para evaluar el tiempo hasta la interrupción de la LME en los primeros seis meses de vida del niño. Se censuraron los datos de las parejas madre-bebé que aún estaban en LME al final del seguimiento de 180 días, así como también los datos de las parejas que se perdieron durante el seguimiento.

Para comparar las características de las parejas que compusieron la muestra hasta el final del estudio y aquellas cuyo seguimiento se interrumpió, se utilizó la prueba *t* de Student para comparar promedios, la prueba de Mann-Whitney para comparar medianas y la prueba de Chi-cuadrado o exacta de Fisher para comparar proporciones. Se realizó una asociación entre las variables y el tiempo de interrupción de la LME mediante análisis bivariado y multivariado utilizando el modelo de Regresión de Riesgos Proporcionales de Cox. La mediana del tiempo de LME se calculó mediante el método de Kaplan-Mayer y las curvas se compararon mediante la prueba de Log Rank. El criterio utilizado para la inserción de la variable en el modelo multivariado fue que presentara un valor de $p < 0,20$ en el análisis bivariado. El nivel de significancia adoptado fue del 5% ($p \leq 0,05$) y los análisis se realizaron mediante el programa SPSS, versión 21.0

El proyecto al que se vincula el presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con opinión No. 1.569.774/2016. El desarrollo de esta investigación siguió las Directrices y Normas Regulatoras para Investigaciones con Seres Humanos, según lo establecido por la Resolución del Consejo Nacional de Salud No. 466/2012.

Resultados

El estudio incluyó a 231 parejas de madres-bebés para seguimiento de hasta 180 días de vida del bebé. Debido a la imposibilidad de contacto telefónico, se consideraron pérdidas 18 parejas a los 15 días, 22 a los 30 días, 20 a los 60 días, 11 a los 120 días y dos a los 180 días, totalizando 73 (31,6%) pérdidas hasta los 180 días de vida del bebé y, por lo tanto, restaron 158 parejas madre-bebé con seguimiento completo hasta el período estipulado para el seguimiento.

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas, obstétricas, prenatales (PN), hábitos maternos, historial de lactancia materna, educación de la pareja y datos de nacimiento de las parejas que conformaron la muestra hasta el final del estudio y aquellas cuyo seguimiento fue interrumpido. Estas variables investigadas no presentaron significancia estadística ($p \leq 0,05$), lo que muestra que los grupos fueron similares, lo que garantiza la calidad del análisis,

incluso en vista del alto porcentaje de pérdidas. Se evidenció el alto porcentaje de mujeres que asistieron al mínimo de seis consultas prenatales (91,6%), sin haber recibido información sobre lactancia materna durante las consultas o en un grupo de gestantes (62,3%). Cabe destacar también que la mayoría de las mujeres eran primerizas (67,9%), y que de las que tenían dos hijos o más, el 59,4% dijo haber amamantado a su último hijo durante menos de seis meses.

Tabla 1 - Características sociodemográficas, obstétricas, prenatales, hábitos maternos, historial de lactancia materna, educación de la pareja y datos de nacimiento de las 231 parejas madre-bebé. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variabes | Muestra (n=158) n (%) | Pérdidas (n=73) n (%) | Valor p |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Edad materna | | | 0,405 |
| <20 años | 36 (22,8) | 15 (20,5) | |
| 20 a 35 años | 103 (65,2) | 53 (72,6) | |
| ≥ 35 años | 19 (12,0) | 5 (6,8) | |
| Color autodeclarado | | | 0,578 |
| Blanca | 97 (61,4) | 42 (57,5) | |
| Negra/Parda | 61 (38,6) | 31 (42,5) | |
| Años de estudio completo de la mujer | | | 0,600 |
| <8 años | 32 (20,3) | 17 (23,3) | |
| ≥ 8 años | 126 (79,7) | 56 (76,6) | |
| Trabajo externo al hogar | | | 0,485 |
| Sí | 68 (43,0) | 35 (47,9) | |
| No | 90 (57,0) | 38 (52,1) | |
| Tiene pareja | | | 0,360 |
| Sí | 139 (88,0) | 61 (83,6) | |
| No | 19 (12,0) | 12 (16,4) | |
| Años de estudio completo de la pareja | | | 0,219 |
| <8 años | 24 (15,2) | 11 (15,1) | |
| ≥ 8 años | 107 (67,7) | 50 (68,5) | |
| No supo informar | 8 (5,1) | 0 (0,0) | |
| Vive con | | | |
| Pareja | 129 (92,8) | 56 (91,8) | 0,804 |
| Madre | 36 (22,8) | 21 (28,8) | 0,327 |
| Suegra | 19 (13,7) | 3 (4,9) | 0,069 |
| Ingreso familiar [†] | | | 0,860 |
| <2 salarios mínimos | 47 (29,7) | 22 (30,1) | |
| 2 a 4 salarios mínimos | 66 (41,8) | 28 (38,4) | |
| > 4 salarios mínimos | 45 (28,5) | 23 (31,5) | |
| Citas prenatales [‡] | | | 0,657 |
| <6 citas | 13 (8,4) | 7 (10,3) | |
| ≥ 6 citas | 141 (91,6) | 61 (89,7) | |
| Información sobre lactancia en el prenatal y/o grupo | | | 0,580 |
| Sí | 61 (38,6) | 23 (31,5) | |
| No | 95 (60,1) | 49 (67,1) | |
| No hizo prenatal/grupo | 2 (1,3) | 1 (1,4) | |
| Tabaquismo durante la gestación | | | 0,166 |
| Sí | 26 (16,5) | 7 (9,6) | |
| No | 132 (83,5) | 66 (90,4) | |
| Uso de drogas durante la gestación | | | 0,948 |
| Sí | 2 (1,3) | 1 (1,4) | |
| No | 156 (98,7) | 72 (98,6) | |
| Tiempo de lactancia del último hijo | | | 0,092 |
| Sin hijo anterior | 108 (68,4) | 49 (67,1) | |
| <6 meses | 34 (21,5) | 10 (13,7) | |
| ≥ 6 meses | 16 (10,1) | 14 (19,2) | |
| Forma de nacimiento | | | 0,778 |
| Vaginal | 94 (59,5) | 42 (57,5) | |
| Cesárea | 64 (40,5) | 31 (42,5) | |
| Sexo del bebé | | | 0,123 |
| Femenino | 63 (39,9) | 37 (50,7) | |

(la Tabla 1 continúa en la próxima pantalla)

| Variables | Muestra (n=158) n (%) | Pérdidas (n=73) n (%) | Valor p |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| Masculino | 95 (60,1) | 36 (49,3) | |
| Clasificación del bebé [§] | | | 0,280 |
| AIG | 127 (80,4) | 60 (82,2) | |
| PIG [¶] | 11 (11,0) | 8 (11,0) | |
| GIG ^{**} | 20 (12,7) | 5 (6,8) | |

*Los resultados pueden superar el 100%, ya que puede haber más de una respuesta; †Según el salario mínimo de 2017 (R\$ 954,00); ‡Descartadas las mujeres que no tenían tarjeta prenatal; §Según la curva de Lubchenco⁽¹⁴⁾; ||AIG = Adecuado para la edad gestacional ¶PIG = pequeño para la edad gestacional; **GIG = Grande para la edad gestacional

Hasta el día 15 después del nacimiento, todas las mujeres que participaron en esta etapa afirmaron tener algún tipo de apoyo para realizar las tareas del hogar y/o el cuidado del bebé. En el mismo período, solo una mujer (0,5%) informó haber regresado al trabajo.

La Tabla 2 contiene los datos de las entrevistas realizadas tras el alta hospitalaria. En cuanto a la información relacionada con la hospitalización, recolectada a los 15 días de vida, se encontró que el 98,1% de las mujeres presentaron complicaciones en la LM. El uso de fórmula láctea fue frecuente por bebés en acomodación conjunta (53,5%), con 42 (37,2%) mujeres que justificaron su uso por la dificultad en la técnica de LM, 39 (34,5%) afirmaron la baja producción de leche/apoyadura tardía, 15 (13,3%) mujeres

informaron que la razón para usar fórmula láctea se debió a la presencia de fisuras en el pezón, 12 (10,6%) mujeres atribuyeron el uso de fórmula a la pérdida de peso del bebé y 10 (8,8%) mujeres mencionaron que el bebé recibió un suplemento lácteo al ingreso por presentar hipoglucemia.

Con respecto a la orientación de alimentación del bebé al momento del alta hospitalaria, la mayoría de las madres (80,3%) fueron instruidas por profesionales para que permanecieran en lactancia materna exclusiva, mientras que 42 (19,7%) obtuvieron orientación para permanecer en LM complementado con fórmula láctea. Cabe señalar que 91 (42,7%) bebés comenzaron a usar chupete en el período comprendido entre el nacimiento y los 15 días de vida.

Tabla 2 - Información referida por las madres sobre patrones de lactancia materna y aspectos relacionados, después del alta hospitalaria y hasta el sexto mes de vida del bebé. Porto Alegre, RS, Brasil, 2017

| Variables | 15 días (n = 213) | 30 días (n = 191) | 60 días (n = 171) | 120 días (n = 160) | 180 días (n = 158) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Bebé en lactancia materna | | | | | |
| Sí | 209 (98,1) | 173 (90,6) | 141 (82,5) | 109 (68,1) | 101 (65,9) |
| No [†] | 4 (1,9) | 18 (9,4) | 30 (17,5) | 51 (31,9) | 57 (36,1) |
| Razones [†] | | | | | |
| Leche seco/Baja producción | 3 (75,0) | 7 (50,0) | 4 (33,3) | - | 1 (16,7) |
| Dificultad en la técnica | 1 (25,0) | 5 (35,7) | 2 (16,7) | 1 (4,8) | 6 (100,) |
| Desinterés del bebé | - | 1 (7,1) | 5 (41,7) | 10 (47,6) | 3 (50,0) |
| Ingurgitación | - | 1 (7,1) | - | - | - |
| Inició el biberón | - | 1 (7,1) | - | - | - |
| Anatomía del pezón | - | 2 (14,3) | 2 (16,7) | 1 (4,8) | - |
| Ausencia materna | - | - | 1 (8,3) | - | 3 (50,0) |
| Alergia | - | - | - | 1 (4,8) | - |
| Orientación profesional | - | - | - | 2 (9,5) | - |
| Lactancia materna en libre demanda | | | | | |
| No | 49 (23,4) | 39 (22,5) | 21 (14,9) | 18 (16,5) | 7 (6,9) |
| Sí | 160 (76,6) | 134 (77,5) | 120 (85,1) | 91 (83,5) | 94 (93,1) |
| Bebé recibe [†] | | | | | |
| Té | 10 (4,7) | 47 (24,6) | 56 (32,7) | 61 (38,1) | 65 (41,1) |
| Agua | 1 (0,5) | 9 (4,7) | 27 (15,8) | 54 (33,8) | 69 (43,7) |
| Jugo | - | - | - | 14 (8,8) | 36 (22,8) |
| Otra leche | 66 (31,0) | 80 (41,9) | 78 (45,6) | 81 (50,6) | 76 (48,1) |
| Bebé recibe líquidos a través de [†] | | | | | |
| Biberón | 62 (89,9) | 92 (95,8) | 97 (97) | 98 (98) | 81 (93,1) |
| Taza/cuchara/jeringa | 12 (17,4) | 7 (7,3) | 4 (4) | 3 (3) | 2 (2,3) |
| Apoyo familiar para LM [‡] | 166 (79,4) | 115 (60,2) | 86 (50,3) | 61 (38,1) | 48 (30,4) |
| Bebé usando chupete | 91 (42,7) | 110 (57,6) | 122 (71,3) | 131 (81,9) | 135 (85,4) |
| Dificultad en LM [‡] | 183 (85,9) | 120 (62,8) | 81 (47,4) | 66 (41,25) | 32 (20,3) |
| Tabaquismo [§] | 16 (7,5) | 17 (8,9) | 15 (8,8) | 12 (7,5) | 8 (5,1) |

†Porcentaje acumulado a lo largo de los segmentos; †Los valores pueden exceder el 100%, ya que podría haber más de una respuesta; ‡LM = Lactancia materna; §15 mujeres ya tenían el hábito del tabaquismo durante la gestación y solo una mujer informó haber comenzado después del alta hospitalaria

Se observó que solo 20 (12,7%) bebés estaban en LME en el día 180 de vida y 57 (36,1%) ya habían sido destetados (Figura 1). Hubo un aumento del 21,1% en el porcentaje de bebés en LME a los 15 días, debido a que aquellos bebés que recibieron suplemento lácteo durante

la hospitalización, por necesidad clínica, y que reanudaron la LME en casa, no fueron considerados en LME durante la hospitalización, sin embargo se consideraron en LME a los 15 días.

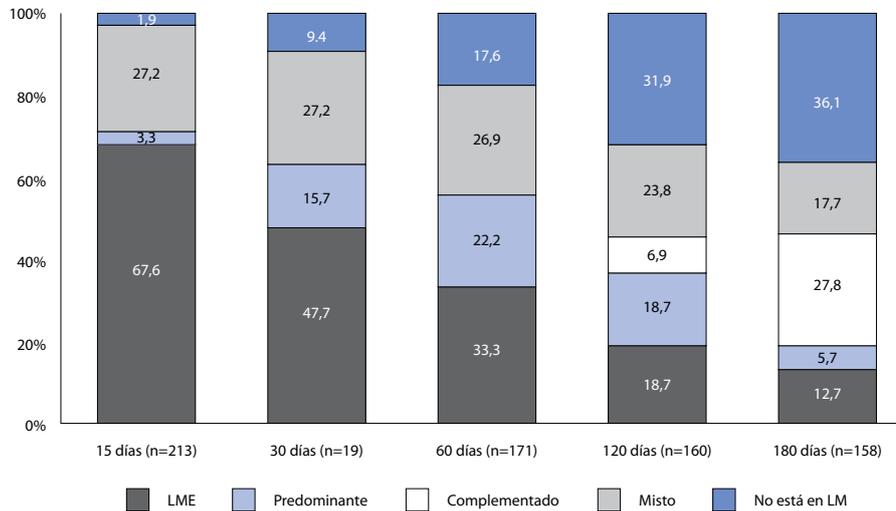


Figura 1 - Patrones de lactancia materna en los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por consultoría de lactancia. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

La Figura 2 muestra la curva de supervivencia. A los 15 días la probabilidad de que el bebé esté en LME es del 74%, con una reducción del 26% en este porcentaje, en comparación con el nacimiento. En comparación con los períodos de seguimiento inmediatamente anteriores, a los

30 días, la probabilidad es del 58,5% con un porcentaje de caída del 15,5%; a los 60 días, 46,1% de probabilidad con una caída del 12,4%; a los 120 días, probabilidad del 29,4% y descenso del 8,8%; ya los 180 días, 19,6% de probabilidad con una disminución de 3,0%.

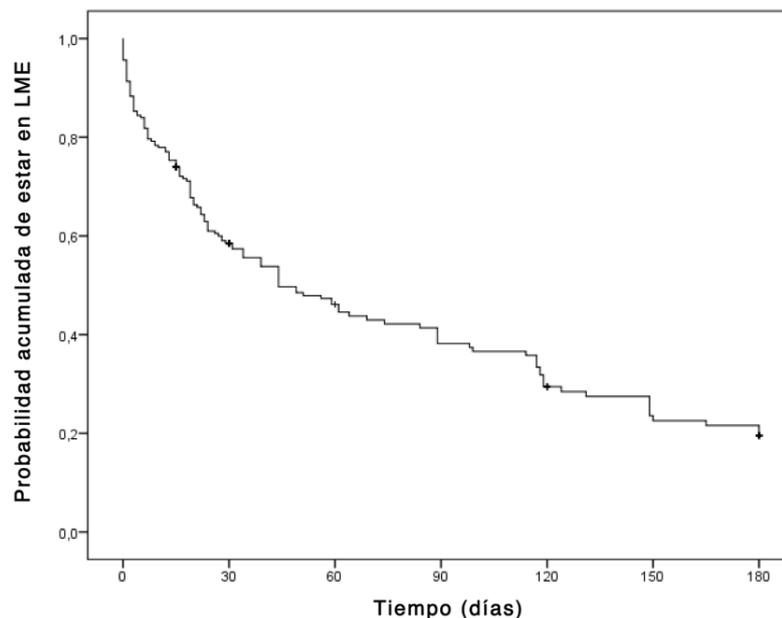


Figura 2 - Curva de supervivencia de Kaplan Meier para el tiempo de lactancia materna exclusiva para bebés atendidos por consultoría de lactancia. HCPA, Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

La Tabla 3 muestra las variables independientes que se asociaron con el resultado de la interrupción de la LME hasta los 180 días de vida en el análisis bivariado. Los resultados muestran que las mujeres de 35 años o más, las mujeres que fumaron durante la gestación, las que tuvieron dificultad en LM después del alta hospitalaria y hasta el final del período de seguimiento, y también

las que buscaron ayuda profesional por dificultades en la lactancia después de salir del hospital se asocian con un mayor riesgo de interrumpir la LME antes de los 180 días de vida del bebé ($p \leq 0,05$). Además, los bebés que recibieron un chupete después del alta hospitalaria también tenían un mayor riesgo de interrupción precoz de la LME.

Tabla 3 - Análisis bivariado y multivariado de los factores asociados a la interrupción de la LME en bebés de hasta 180 días. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

| VARIABLES | Bivariado HR (IC 95%) | Valor p | Multivariante HR (IC 95%) | Valor p |
|---|--------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| Parto vaginal | 0,71 (0,51 – 0,98) | 0,039 | 0,84 (0,56 – 1,24) | 0,375 |
| Clasificación bebé* | | | | |
| AIG [†] | 1,00 | | 1,00 | |
| PIG [‡] | 0,86 (0,46 – 1,59) | 0,621 | 1,01 (0,54 – 1,89) | 0,974 |
| GIG [§] | 1,60 (0,98 – 2,60) | 0,059 | 1,49 (0,89 – 2,50) | 0,132 |
| Color blanco | 1,01 (0,72 – 1,41) | 0,976 | - | - |
| Edad materna | | | | |
| <20 años | 0,94 (0,62 – 1,42) | 0,767 | 0,92 (0,57 – 1,46) | 0,711 |
| 20 a 34 años | 1,00 | | 1,00 | |
| ≥ 35 años | 1,81 (1,10 – 2,97) | 0,019 | 1,73 (1,03 – 2,90) | 0,037 |
| Tener pareja | 0,95 (0,59 – 1,54) | 0,844 | - | - |
| Vive con | | | | |
| Pareja | 1,41 (0,66 – 3,02) | 0,381 | - | - |
| Madre | 0,86 (0,58 – 1,28) | 0,460 | - | - |
| Suegra | 0,93 (0,54 – 1,60) | 0,804 | - | - |
| Ingreso Familiar | | | | |
| <2 salarios mínimos | 1,18 (0,76 – 1,84) | 0,460 | - | - |
| 2 a 4 salarios mínimos | 1,07 (0,72 – 1,59) | 0,726 | - | - |
| > 4 salarios mínimos | 1,00 | | - | - |
| Años de estudio completo de la mujer | | | | |
| <8 años | 0,97 (0,65 – 1,46) | 0,898 | - | - |
| ≥ 8 años | 1,00 | | - | - |
| Años de estudio completo de la pareja | | | | |
| <8 años | 1,13 (0,62 – 2,08) | 0,689 | - | - |
| ≥ 8 años | 1,00 | | - | - |
| Trabajo externo al hogar | 1,01 (0,73 – 1,40) | 0,954 | - | - |
| Baja por maternidad (meses) | 0,99 (0,92 – 1,06) | 0,673 | - | - |
| Consultas de PN | 0,97 (0,61 – 1,5) | 0,890 | - | - |
| <6 citas | 1,35 (0,78 – 2,36) | 0,288 | - | - |
| ≥ 6 citas | 1,00 | | - | - |
| Información sobre LM [¶] en el PN o grupo de mujeres gestantes | 0,60 (0,15 – 2,49) | 0,483 | - | - |
| Tabaquismo durante la gestación | 1,68 (1,09 – 2,59) | 0,019 | 1,66 (1,05 – 2,61) | 0,029 |
| Uso de drogas durante la gestación | 2,07 (0,51 – 8,39) | 0,311 | - | - |
| Tiempo de LM [¶] último hijo | | | | |
| Primigenia | 1,14 (0,67 – 1,93) | 0,635 | 1,18 (0,67 – 2,06) | 0,568 |
| <6 meses | 1,92 (1,05 – 3,50) | 0,033 | 1,37 (0,75 – 2,49) | 0,314 |
| ≥ 6 meses | 1,00 | | | |
| Complemento lácteo en el hospital | 1,57 (1,13 – 2,19) | 0,007 | 1,34 (0,94 – 1,92) | 0,107 |
| Baja por maternidad a los 15 días | 0,95 (0,68 – 1,32) | 0,756 | - | - |
| Hora fija para LM [¶] | 1,08 (0,74 – 1,59) | 0,681 | - | - |
| Uso de chupete a lo largo del seguimiento | 1,99 (1,38 – 2,87) | < 0,001 | 1,76 (1,21 – 2,58) | 0,003 |
| Dificultad en LM [¶] en la hospitalización | 0,96 (0,30 – 3,00) | 0,939 | - | - |
| Dificultad en LM [¶] después del alta | 2,48 (1,54 – 3,98) | < 0,001 | 2,09 (1,29 – 3,41) | 0,003 |
| Buscó ayuda profesional debido a dificultades para amamantar** | 2,93 (2,10 – 4,09) | < 0,001 | 2,45 (1,69 – 3,54) | < 0,001 |

*Según Curva de Lubchenco⁽⁴⁴⁾; [†]AIG = Adecuado para la edad gestacional; [‡]PIG = Pequeño para la edad gestacional; [§]GIG = Grande para la edad gestacional ^{||}PN Prenatal; [¶]LM = Lactancia materna; **Banco de Leche Humana, consultoría en lactancia externa al hospital, atención primaria de salud

Discusión

El análisis de supervivencia muestra que la probabilidad de que el bebé esté en LME sufrió una disminución gradual durante el tiempo de seguimiento, con una mayor caída de la probabilidad desde el nacimiento hasta los primeros 15 días de vida del bebé. A los 120 días hay una ligera estabilidad y, pasado este período, la probabilidad de que el bebé que alcanzó los 150 días en LME permanezca así durante 180 días es mayor.

Parece que la probabilidad de LME a los seis meses (19,6%) aumentó alrededor de 3 veces en comparación con la obtenida en una encuesta anterior (6,6%), realizada hace 12 años, en la misma institución⁽¹¹⁾, ambos estudios de grupo. Aunque este aumento fue significativo, aún no alcanza lo deseado. El porcentaje encontrado también es superior al obtenido en un estudio realizado en un Hospital Amigo del Niño en Suiza, cuya probabilidad de LME a los 180 días fue aproximadamente del 15%⁽³⁾.

Este incremento puede reflejar las políticas públicas desarrolladas a lo largo de los años a favor de la LM, así como la conciencia de las mujeres y los profesionales de la salud sobre la importancia de esta práctica para la salud del binomio madre-bebé. Además, puede indicar un mayor reconocimiento y más referencias a la consultora de lactancia en la institución. Además, la muestra de la primera encuesta no estuvo formada únicamente por parejas atendidas por consultoría, como es el caso de esta.

Los patrones de lactancia analizados revelaron una disminución progresiva de la LME, así como un aumento gradual y continuo del destete a lo largo de los primeros seis meses de vida de los bebés que fueron atendidos por consultoría de lactancia durante la hospitalización. Se observa que el 12,7% de los bebés de la muestra permanecieron en LME hasta los seis meses. En comparación con las tasas de LME en otras cohortes, se puede observar que las encontradas en este estudio están por encima de las de otras regiones. En una cohorte realizada en Fortaleza/CE, 65,2% de los bebés fueron amamantados exclusivamente en el primer mes, porcentaje similar al evidenciado en este estudio, sin embargo, el porcentaje desciende a 3,3% en el sexto mes de edad⁽⁴⁾. En una cohorte india se observó una tendencia similar, pero con un mayor porcentaje de LME en el primer mes (91,7%), llegando al 11,4% de los bebés amamantados exclusivamente hasta el sexto mes⁽¹⁵⁾.

Los estudios antes citados no mencionaron el apoyo de un equipo de consultoría de lactancia, lo que puede ser la justificación para que las tasas de LME sean mayores en el presente estudio. Esta intervención puede haber contribuido al aumento del mantenimiento de la LME hasta el sexto mes de vida de los bebés, ya que recibir apoyo y orientación sobre la LM durante

la hospitalización tiene efectos beneficiosos sobre las tasas de LME⁽⁷⁻⁸⁾. Esto demuestra el importante papel que juegan estos profesionales en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva, que repercute a lo largo de la vida de los bebés.

A pesar de estos avances, en comparación con las tasas de LME en el sexto mes de vida con cohortes internacionales, se constata que los resultados están por debajo de países como Canadá, con un 18,5% de los bebés en LME a los seis meses⁽¹³⁾ y Nueva Zelanda, con una tasa de AME del 16% durante el mismo período⁽¹⁶⁾. Sin embargo, la tasa está por encima de la encontrada en una cohorte de Arabia Saudita, con solo un 2,6% de LME a los seis meses⁽¹²⁾. Sin embargo, estos estudios no se realizaron específicamente con mujeres atendidas por consultoras de lactancia, lo que dificulta las comparaciones.

En una revisión sistemática con solo estudios aleatorizados, se encontró que las intervenciones realizadas por consultores de lactancia tienen efectos beneficiosos sobre las tasas de LME, además de aumentar el número de mujeres que optan por la LM⁽⁸⁾. Sin embargo, la atención ofrecida por estos profesionales no debe limitarse al ámbito hospitalario, ya que las dificultades persisten tras el regreso a casa.

Existen factores que pueden anticipar la introducción de otros alimentos en la dieta de los bebés, lo que se presentó con mayor frecuencia entre los 60 y 120 días de vida (14,6%). Se pudo comprobar que, aun teniendo la mayoría de las mujeres entre 20 y 35 años al momento de la entrevista, las de 35 o más tenían mayor riesgo de interrumpir la LME antes del período preconizado. Estos resultados son frecuentes en la literatura, aunque controvertidos. Corroborando los hallazgos, investigadores italianos concluyeron que las madres mayores tienen menos probabilidades de amamantar a sus hijos⁽¹⁷⁾. Lo contrario ocurrió en un estudio realizado en India, en el que las posibilidades de LME aumentaron con la edad materna⁽¹⁸⁾.

Además de la edad materna, el hábito de fumar también es un factor frecuentemente señalado en la literatura como interferencia en la LME. Una revisión sistemática señala que las mujeres no fumadoras tienen una mayor iniciación y continuidad de la lactancia materna en comparación con las fumadoras⁽¹⁹⁾. En el presente estudio se encontró que el 14,3% de las mujeres fueron fumadoras en la gestación, con un riesgo 1,66 veces mayor de interrumpir la LME antes de los seis meses de vida del bebé, en comparación con las no consumidoras de tabaco. Según un estudio, la mayoría de las mujeres que fuman durante la gestación tienen la intención de amamantar. A pesar de presentar un alto porcentaje de iniciación a la lactancia materna, la recaída al tabaquismo y el destete precoz se produjeron en tasas elevadas a

partir de las 12 semanas, siendo el motivo más citado para interrumpir la LM la percepción de una producción insuficiente de leche⁽²⁰⁾.

Sin embargo, es de destacar que en el estudio actual el 45,5% de las mujeres fumaban desde la gestación hasta al menos los primeros 15 días de vida del bebé. Este resultado también se encontró en un estudio, en el que el 61,7% de las mujeres que afirmaron estar fumando en el posparto también lo hicieron durante la gestación⁽²¹⁾. Se sabe que el volumen de la leche materna se reduce en las tabaquistas, acortando la duración del período de lactancia⁽¹⁹⁾. Además, parece haber una protección mutua, ya que la lactancia materna se consideraba un factor protector frente al aumento del tabaquismo en el período posparto. Cuanto más tiempo las mujeres amamantan a sus bebés, menos fuman en el período posparto, es decir, invertir en programas efectivos para dejar de fumar después del parto puede tener un impacto favorable no solo en la salud de la mujer⁽²²⁾.

El uso de chupetes tras el alta hospitalaria también se evidenció como un factor asociado a la interrupción de la LME hasta el sexto mes de vida de los bebés, factor frecuentemente mencionado en la literatura. En un análisis realizado con datos de dos encuestas nacionales, se pudo concluir que el uso de chupete se asoció inversamente con las tasas de LME⁽²³⁾. Corroborando estos hallazgos, un estudio de cohorte también revela que el uso de chupetes fue un factor de riesgo para el no consumo de leche materna de manera exclusiva en el primer mes del bebé (RR = 1,90), en el 4.º mes (RR = 1,77) y en el 6.º mes (RR = 1,42)⁽²⁴⁾. Además, el uso de chupetes aumentó el número de conductas desfavorables para la práctica de la LM consideradas ideales, especialmente en lo que respecta a la posición corporal de la madre y el bebé durante la mamada, en el involucramiento afectivo entre la madre y su hijo, la eficiencia de succión y las respuestas de la madre de la pareja al comenzar la mamada⁽²⁵⁾.

Sin embargo, aún no existe consenso sobre el mecanismo que involucra la relación entre el uso de chupete y la interrupción precoz de la LME. Algunos autores se basan en la hipótesis de que el uso de un chupete puede conducir a una reducción en el número de mamadas diarias, provocando que el bebé sea colocado con menos frecuencia para mamar y, por lo tanto, estimulando menos la producción de leche^(10,23,25). Además, la "confusión del pezón" también es aceptada por muchos autores como una de las explicaciones de la interferencia de este artefacto en la lactancia materna. Un estudio realizado en el noreste de Brasil sugiere que en ausencia de otros factores, como traumatismo mamario o dificultad en la técnica, el uso de pezones artificiales puede influir en el patrón de succión, apoyando la idea existente de confusión del pezón⁽²⁶⁾.

Además, no está definido en la literatura si el uso de chupete es un marcador de dificultades para amamantar o un marcador de menor motivación para amamantar⁽²³⁾. Siguiendo esta línea, una revisión reciente de la Biblioteca Cochrane sobre el tema concluyó que el uso del chupete, introducido antes o después de que se estableciera la lactancia, no afectaría la duración de la lactancia materna exclusiva o parcial en aquellas madres que estuvieran muy motivadas para amamantar a sus bebés⁽²⁷⁾.

Otros dos factores identificados en este estudio parecen estar relacionados: las mujeres que tuvieron alguna dificultad para amamantar después del alta hospitalaria, que tuvieron un poco más del doble de riesgo de interrumpir la LME antes de los seis meses de vida del bebé, así como aquellas quienes buscaron ayuda en un banco de leche humana, consultoría o unidad de salud/consultorio para apoyo en LM por dificultades en la lactancia materna, con un riesgo aún mayor, prácticamente 2,5 veces.

Los primeros días después del nacimiento pueden ser decisivos para el éxito de la LM. Este es un período en el que las mujeres están más preocupadas por la lactancia materna y es cuando son más susceptibles a problemas en los senos⁽¹⁰⁾. Entre estos problemas se destacan las complicaciones mamarias, que se encuentran entre las principales causas de complementación dietética e interrupción precoz de la LM⁽²⁸⁾. Este fue también uno de los hallazgos de cohortes previas realizadas en la misma institución, en las que se pudo concluir que la mala técnica de la lactancia materna puede anticipar la interrupción de la LME en bebés menores de seis meses⁽¹¹⁾.

Estos problemas a menudo llevan a las mujeres a buscar ayuda profesional para continuar amamantando. El seguimiento activo de las madres después del alta hospitalaria puede ofrecer una oportunidad para evaluar y resolver problemas de LM, así como orientar a las madres hacia los recursos comunitarios de lactancia materna⁽²⁹⁾. Derivar a las parturientas a otros servicios de apoyo a la lactancia después del alta de la maternidad es esencial para mantener los impactos de la IHAC en la lactancia materna a largo plazo⁽³⁰⁾. En una revisión sistemática, los autores concluyeron que el apoyo a la lactancia materna que se ofrece a las mujeres tiene un impacto positivo en la duración y la exclusividad de la lactancia materna⁽³¹⁾.

Sin embargo, el papel del profesional de la salud en temas relacionados con la lactancia materna parece ser una barrera por superar para ofrecer un apoyo de calidad en la LM post alta a las mujeres. Un estudio concluyó que los profesionales de la salud no estaban seguros de si el apoyo de LM ofrecido por ellos era efectivo y completo y confiaban en otros colegas para brindar atención a la lactancia materna, lo que resultó en lagunas problemáticas en las orientaciones sobre el tema⁽³²⁾.

Los autores proponen el desarrollo y mejoría de programas de apoyo en LM posparto que incorporen consultores de lactancia⁽⁸⁾, no necesariamente de manera presencial. Existen alternativas mencionadas en la literatura para lograr tasas más altas en LME, como la consejería por consultoras de lactancia certificadas, una vez a la semana, por contacto telefónico, comenzando en el tercer trimestre de embarazo hasta una semana después de que el bebé cumpla seis meses de edad. El estudio concluye que las mujeres que participaron en el grupo de intervención tenían más probabilidades (97,3%) de amamantar exclusivamente hasta los seis meses que las del grupo control (48,5%), lo que indica que esta alternativa puede incrementar y mejorar sustancialmente las prácticas en LM⁽⁹⁾.

Cabe señalar que las pérdidas a lo largo del seguimiento, a pesar de no comprometer la calidad del análisis de los datos, constituyen una limitación muy frecuente en los estudios longitudinales. Además, también debe considerarse la posibilidad de sesgo de memoria, entre la ocurrencia del resultado estudiado y el intervalo de la llamada realizada.

El reconocimiento de los patrones de lactancia materna, la supervivencia de la LME y los factores asociados a su interrupción en los primeros seis meses de vida se convierten en herramientas importantes de subsidio a las estrategias preventivas. Con excepción de la edad materna, los demás factores evidenciados por este estudio son susceptibles de ser modificados. Por lo tanto, un manejo adecuado y calificado durante el ciclo embarazo-puerperal por parte de un equipo actualizado y comprometido puede favorecer el abandono de prácticas que desfavorecen la continuidad de la LME.

Conclusión

Los hallazgos mostraron una reducción progresiva de la LME, así como un aumento continuo del destete durante los primeros seis meses de vida de los bebés atendidos por consultoría de lactancia.

La curva de supervivencia reveló que la probabilidad de que el bebé tuviera LME disminuyó gradualmente con el paso del tiempo de seguimiento. Sin embargo, hubo un aumento significativo de esta probabilidad, al compararla con la obtenida en un estudio de la misma institución, hace poco más de una década, lo que puede ser indicativo del importante papel que desempeñan las consultoras en lactancia.

Las mujeres que acudieron a unidades básicas de salud, bancos de leche humano y consulta tras el alta hospitalaria por dificultades en la lactancia materna fueron las que presentaron mayor riesgo entre los hallados para interrumpir la LME antes del 6.º mes de vida del bebé.

Por lo tanto, se enfatiza la importancia de trabajar en una red sanitaria, con apoyo tras el alta hospitalaria, sobre todo por tratarse de un tema tan sensible y peculiar como la LM.

También se encontró que las mujeres de 35 años o más tenían un mayor riesgo de interrumpir la lactancia materna, en comparación con las mujeres más jóvenes, lo que requiere una mayor atención por parte de los profesionales de la salud, así como de las que consumían tabaco durante la gestación.

Finalmente, el hábito del chupete sigue siendo un factor vinculado a la interrupción precoz de la LM. Se sabe que se trata de un hábito fuertemente ligado a cuestiones culturales y corresponde a los profesionales sanitarios advertir de las contribuciones negativas de su uso a la salud y la lactancia materna.

Hay un aporte de los hallazgos de este estudio para el avance del conocimiento sobre el tema, ya que la consultoría de lactancia es una estrategia innovadora en las instituciones de salud, principalmente porque califica la atención de salud para las mujeres que amamantan, los bebés y sus familias, además de generar mejoras en los indicadores de lactancia materna.

Agradecimientos

A Ceres Oliveira por su colaboración en el análisis estadístico. A Clea Carvalho, Márcia Costa dos Passos y Thais Betti por su colaboración en la recolección de datos.

Referencias

1. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(1):1-24. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
2. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2018;14(1):e12497. doi: 10.1111/mcn.12497
4. Maciel B, Moraes ML, Soares AM, Cruz I, Andrade M, Filho JQ, et al. Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. *Public Health Nutr*. 2018;21(13):2462-70. doi: 10.1017/S136898001800099X
5. Riordan, J. The lactation specialist: roles and responsibilities. In: Riordan J, Wambach K. *Breastfeeding*

- and Human Lactation. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2010. p. 1-912.
6. International Board of Lactation Consultant Examiners. Current statistics on worldwide IBCLCs. [Internet]. 2018 [cited Dec 17, 2018]. Available from: <https://iblce.org/about-iblce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>
 7. Lee Y, Chang G, Chang H. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery*. 2019;75:5-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.03.023>
 8. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact*. 2016;32(3):530-41. doi: [10.1177/0890334415618668](https://doi.org/10.1177/0890334415618668)
 9. Patel A, Kuhite P, Puranik A, Khan SS, Borkar J, Dhande L. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr*. 2018;18:337. doi: <http://doi.org/10.1186/s12887-018-1308-3>
 10. Fonseca PCA, Carvalho CA, Ribeiro SAV, Nobre LN, Pessoa MC, Ribeiro AQ, et al. Determinants of the mean growth rate of children under the age of six months: a cohort study. *Cienc Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2713-26. doi: [10.1590/1413-81232017228.18182015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.18182015)
 11. Espirito Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007;34(3):212-19. doi: [10.1111/j.1523-536X.2007.00173.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00173.x)
 12. Mosher C, Sarkar A, Hashem AA, Hamadah RE, Alhoulan A, AlMakadma YA, et al. Self-reported breast feeding practices and the Baby Friendly Hospital Initiative in Riyadh, Saudi Arabia: prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;6(12):e012890. doi: [10.1136/bmjopen-2016-012890](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012890)
 13. Vehling L, Chan D, McGavock J, Becker AB, Subbarao P, Moraes TJ, et al. Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: implications for health equity. *Birth*. 2018;45(4):440-9. doi: [10.1111/birt.12345](https://doi.org/10.1111/birt.12345)
 14. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*. [Internet]. 1963 [cited Dec 5, 2018];32(5):793-800. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/32/5/793>
 15. Velusamy V, Premkumar PS, Kang G. Exclusive breastfeeding practices among mothers in urban slum settlements: pooled analysis from three prospective birth cohort studies in South India. *Int Breastfeed J*. 2017;12(35). doi: [10.1186/s13006-017-0127-8](https://doi.org/10.1186/s13006-017-0127-8)
 16. Castro T, Grant C, Wall C, Welch M, Marks E, Fleming C, et al. Breastfeeding indicators among a nationally representative multi-ethnic sample of New Zealand children. *N Z Med J*. [Internet] 2017 [cited Nov 25, 2018];130(1466):34-44. Available from: <https://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2017/vol-130-no-1466-1-december-2017/7426>
 17. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*. 2018;10(1):48. doi: [10.3390/nu10010048](https://doi.org/10.3390/nu10010048)
 18. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, Srinivas V, Arun A, Madhivanan P. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *Int Breastfeed J*. 2018;13:40. doi: [10.1186/s13006-018-0178-5](https://doi.org/10.1186/s13006-018-0178-5)
 19. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdman P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr*. 2018;203:190-196.e21. doi: [10.1016/j.jpeds.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008)
 20. Joseph HM, Emery RL, Bogen DL, Levine MD. The Influence of Smoking on Breast feeding Among Women Who Quit Smoking During Pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(5):652-5. doi: [10.1093/ntr/ntw254](https://doi.org/10.1093/ntr/ntw254)
 21. Tanda R, Chertok IRA, Haile ZT, Chavan BB. Factors that modify the association of maternal postpartum smoking and exclusive breastfeeding rates. *Breastfeed Med*. 2018;13(9):614-21. doi: [10.1089/bfm.2018.0079](https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0079)
 22. Shisler S, Homish GG, Molnar DS, Schuetze P, Colder CR, Eiden RD. Predictors of changes in smoking from third trimester to 9 months postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2016;18(1):84-87. doi: [10.1093/ntr/ntv057](https://doi.org/10.1093/ntr/ntv057)
 23. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact*. 2016;32(3):NP52-60. doi: [10.1177/0890334415609611](https://doi.org/10.1177/0890334415609611)
 24. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, Silva MA, Pessoa MC, Ribeiro AQ, et al. Sociodemographic, perinatal and behavioral factors associated to types of milk consumed by children under in six months: birth cohort. *Cienc Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3699-709. doi: [10.1590/1413-812320172211.28482015](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.28482015)
 25. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2018;94(6):596-601. doi: [10.1016/j.jpeds.2017.10.005](https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.10.005)
 26. Batista CLC, Rodrigues VP, Ribeiro VS, Nascimento MDSB. Nutritive and non-nutritive sucking patterns associated with pacifier use and bottle-feeding in full-term infants. *Early Hum Dev*. 2019;132:18-23. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.007>
 27. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database*

Syst Rev. 2016;(8). doi: 10.1002/14651858.CD007202.
pub4

28. Rêgo FS, Almeida HFR, Araújo MCM, Fontenele RM, Furtado DRL, Ramos ASMB. Desmame precoce: fatores associados e percepção das nutrizes. *Revista Recien*. [Internet]. 2019 [Acesso 25 nov 2018];9(28):74-82. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/318/pdf>

29. Beauregard JL, Nelson JM, Hamner HC. Maternity care hospital trends in providing postdischarge breastfeeding supports to new mothers-United States, 2007-2015. *Birth*. 2019 Jun;46(2):318-25. doi: 10.1111/birt.12408

30. Pérez-Escamilla R, Martínez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-17. doi: 10.1111/mcn.12294

31. Mc Fadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2. doi: 10.1002/14651858.CD001141.
pub5

32. Garner CD, Ratcliff SL, Thornburg LL, Wethington E, Howard CR, Rasmussen KM. Discontinuity of breastfeeding care: "there's no captain of the ship". *Breastfeed Med*. 2016;11(1):32-9. doi: 10.1089/bfm.2015.0142

Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Helga Geremias Gouveia, Annelise de Carvalho Gonçalves.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Obtención de datos:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Análisis e interpretación de los datos:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Análisis estadístico:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Obtención de financiación:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa Aparecida Gasparin, Lilian Cordova do Espirito-Santo, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Redacción del manuscrito:** Bruna Alibio Moraes, Annelise de Carvalho Gonçalves. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Bruna Alibio Moraes, Juliana Karine Rodrigues Strada, Vanessa

Recibido: 08.10.2019
Aceptado: 10.08.2020

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Autor de correspondencia:

Bruna Alibio Moraes

E-mail: brunaalibiom@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0573-1366>

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.