



Revista da  
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

www.ramb.org.br



Artículo original

El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal<sup>☆</sup>

Juan Miguel Martínez Galiano<sup>a,\*</sup> y Miguel Delgado Rodríguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio Andaluz de Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España. CIBERESP

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España. CIBERESP

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de septiembre de 2012

Aceptado el 3 de diciembre de 2012

On-line el 17 de mayo de 2013

Palabras clave:

Lactancia materna

Iniciación de la lactancia materna

Duración de la lactancia materna

Intervenciones para la lactancia materna

Educación maternal

R E S U M E N

**Objetivo:** Determinar la influencia de la educación maternal (EM) sobre el inicio precoz de la lactancia materna (LM) y su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido. Conocer la influencia de la EM sobre los motivos que argumenta la mujer para abandonar la LM.

**Método:** Estudio multicéntrico observacional llevado a cabo en cuatro hospitales de Andalucía en 2011 sobre mujeres primíparas. Los datos se recogieron a través de una entrevista y la historia clínica. En el análisis se estimaron odds ratios crudas y ajustadas.

**Resultados:** La realización de EM por parte de la madre se asoció con el inicio precoz de la LM (ORa = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78) y el mantenimiento de esta (ORa = 1.73, IC 95% = 1.15-2.61). No hubo diferencias en los motivos que las mujeres argumentaron para abandonar la LM.

**Conclusiones:** La EM favorece el inicio y mantenimiento de la LM.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

Early initiation of breastfeeding is benefited by maternal education program

A B S T R A C T

**Objective:** To determine the influence of maternal education (ME) on early initiation of breastfeeding (BF) and its maintenance during the first two months of the infant's life, as well as to understand the influence of ME on the reasons for BF discontinuation.

**Method:** This was a multicenter observational study carried out with primiparous women in four hospitals of Andalucía during 2011. Data was collected through interviews and from clinical charts. Raw and adjusted odds ratios were estimated during the analysis.

**Results:** Mothers who attended ME classes showed early initiation of BF (aOR = 1.78, 95% CI = 1.14-2.78) and maintenance of BF (aOR = 1.73, 95% CI = 1.15-2.61). There were no differences related to women's reasons to discontinue BF.

**Conclusions:** ME positively impacts the initiation and maintenance of BF.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Keywords:

Breastfeeding

Initiation of breastfeeding

Duration of breastfeeding

Breastfeeding interventions

Maternal education program

<sup>☆</sup> Trabajo realizado en la Universidad de Jaén y en el Sistema Sanitario Público Andaluz, España.

\* Autor para correspondencia: Universidad de Jaén, Campus de Las Lagunillas s/n, Edificio B3, Despacho 413, 23071, Jaén, España.  
Correo electrónico: juanmimartinezg@hotmail.com (J.M. Martínez Galiano).

## Introducción

La lactancia materna (LM) es de vital importancia hoy en día, tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que como mínimo la LM exclusiva abarque los primeros seis meses de vida.<sup>1</sup> Esta recomendación está basada en la evidencia científica.<sup>2</sup> Existen muchas pruebas de los beneficios que aporta la LM a corto y largo plazo, no sólo en la salud del recién nacido, sino también de la madre.<sup>3</sup>

Tan solo un 35% de los neonatos a nivel mundial reciben LM exclusiva pasados los primeros tres a cuatro meses de vida<sup>4</sup> y en España este porcentaje oscila entre 20%-30%.<sup>5,6</sup> Según una revisión Cochrane realizada en el año 2008 las intervenciones de educación sanitaria, como puede ser la educación maternal (EM), mejoran las tasas de inicio de LM entre las mujeres.<sup>3</sup> En nuestro medio el programa de EM (programa de educación para la salud que se lleva a cabo en el proceso de embarazo, parto y nacimiento) es desarrollado a través de sesiones a nivel grupal en el tercer trimestre del embarazo, en estas sesiones, entre otros temas, se trata el tema de la LM: importancia de la LM, beneficios, técnicas de amamantamiento, potenciales problemas, etc,<sup>7</sup> este programa no es exclusivo de España sino que se encuentra implantado en múltiples países.<sup>8</sup>

En España la tasa de LM está lejos de las recomendaciones de la OMS.<sup>5,6</sup> La LM durante la primera hora de vida es un mecanismo potencial para la promoción de la salud y se considera que es un indicador de la excelencia de la LM,<sup>9</sup> a pesar de ello las tasas de inicio precoz de la LM, es decir, antes de la primera hora de vida del recién nacido, oscila entre el 17% de Europa Oriental y el 50% de los países de América Latina.<sup>10</sup> Ante esta realidad, la antigüedad de los escasos estudios que hay, las recomendaciones de la última revisión Cochrane,<sup>11</sup> y ante los últimos cambios sucedidos en el contexto de la atención perinatal, se planteó determinar la influencia que en la actualidad tiene la EM sobre el inicio precoz de la LM y su mantenimiento hasta los dos meses de vida del recién nacido. También se propuso conocer la influencia que tiene la EM sobre los motivos que argumenta la mujer para el abandono de la LM.

## Método

Se ha realizado un estudio multicéntrico observacional entre enero de 2011 y enero de 2012 en las áreas sanitarias de la provincia de Jaén (Complejo Hospitalario Universitario de Jaén y Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda), Hospital de Poniente en El Ejido (Almería) y en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, todos situados en el sur de España. La población de referencia fueron mujeres que dieron a luz en algunos de estos centros que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: primípara, gestación única, y mayor de 18 años. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de los centros respectivos y se pidió consentimiento informado. Se fijó como criterio de exclusión la barrera idiomática.

Se recogió información sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel de ingresos, nivel máximo de estudios alcanzados, realización de trabajo durante el embarazo, tipo de contrato, sector en el que trabaja,

raza y nacionalidad), variables para describir la presencia de patología durante el embarazo, embarazo buscado, inicio precoz de la LM, mantenimiento de la LM a los dos meses de vida del recién nacido y motivo que argumenta la madre para abandonar la LM. Los datos se recogieron a través de una entrevista realizada con la mujer y fueron validados con la historia clínica en el momento del postparto. Después, a los dos meses de vida del recién nacido se realizó una llamada telefónica a la madre para conocer el tipo de alimentación del niño/a en ese momento, y si había habido abandono de la LM conocer el motivo por el que se había producido. Las mujeres se seleccionaron de forma consecutiva.

En el análisis de datos, para variables dicotómicas se estimó la odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%. En el análisis multivariable se aplicó la regresión logística, reteniendo como confundidores a las variables que alteraron el coeficiente de la exposición principal en más del 10%; como posibles confundidores a priori se consideró las características sociodemográficas de la mujer y la presencia de patología durante el embarazo: porque las mujeres de mayor nivel socioeconómico van más a la EM y tienden a lactar menos, mientras que la presencia de patología supone un mayor contacto con el sistema sanitario y se les recuerda las medidas preventivas.

## Resultados

Participaron en el estudio 520 mujeres, de las cuales 357 (68.65%) habían acudido al programa de EM. La mayoría de estas mujeres eran de nacionalidad española y estaban casadas (64.7%). El 25.24% trabajaba en los servicios públicos y el 31.73% de estas mujeres poseían estudios universitarios. El 22.49% de estas mujeres tenían unos ingresos mensuales inferiores a los 1000 Euros. Sólo el 10% de los embarazos no había sido buscado.

En la Tabla 1 se puede observar como el 75.53% de las madres iniciaron de forma precoz antes de la primera hora de vida del recién nacido la LM. En el grupo de madres que habían acudido a la EM el 70.66% iniciaron la LM de forma precoz, frente al 60.63% de las mujeres que no la iniciaron (OR ajustada = 1.78, IC 95% = 1.14-2.78). También en la Tabla 1 se puede comprobar la relación que se observó entre la realización de EM por parte de la madre y el mantenimiento de esta hasta más allá de los dos meses de vida del recién nacido (OR ajustada = 1.73, IC 95% = 1.15-2.61).

No se identificó ninguna asociación significativa entre la EM y el motivo que la mujer argumentó para dejar la LM tal y como se puede comprobar en la Tabla 2. En esta tabla también se puede observar como el principal motivo de abandono de la LM es "el no tener leche".

## Discusión

La prevalencia de LM a los dos meses de vida del recién nacido en nuestro estudio está por encima de la de otras investigaciones,<sup>12</sup> este hecho puede ser debido al elevado porcentaje de mujeres que realizaron EM que han participado en el estudio ya que la LM tuvo en la EM un factor influyente, tanto para su inicio precoz, como para su mantenimiento

**Tabla 1 – Asociación entre la realización de educación maternal el inicio precoz y mantenimiento de la lactancia materna.**

Variable	Total, n	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable* OR (IC 95%)
		No, n (%)	Sí, n (%)		
<i>Inicio precoz de la lactancia materna</i>					
No	127	50 (39.37)	77 (60.63)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	392	115 (29.34)	277 (70.66)	1.56 (1.01-2.42)	1.78 (1.14-2.78)
<i>Mantenimiento de la lactancia materna a los dos meses de vida del bebé</i>					
No	184	75 (40.76)	109 (59.24)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	315	81 (25.71)	234 (74.29)	1.98 (1.32-2.98)	1.73 (1.15-2.61)

\* Ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre.

hasta los dos meses de vida del bebé. En este mismo sentido hay varios estudios realizados en diferentes regiones y países del mundo,<sup>3,5,10,13</sup> aunque también existen otros trabajos que concluyen que no hay influencia de la EM sobre el mantenimiento de la LM.<sup>14-16</sup> Sallam et al.<sup>9</sup> implementa a la mejora de las clases de EM para un aumento real del inicio precoz de la LM, esta sugerencia se ve apoyada por nuestros resultados. De igual modo, estos resultados responden a las recomendaciones de la revisión Cochrane de Lumbiganon et al.<sup>11</sup> en la que dice que aún no se ha evaluado las intervenciones educativas en el embarazo sobre la duración de la LM e interpela a la realización urgente de estudios. Resulta bastante importante no confundir las intervenciones educativas que se realiza para el fomento de la LM con el apoyo a la LM que se pueda realizar cuando surgen necesidades específicas.

En cuanto al motivo por el cual abandonaron la LM no hubo diferencia significativa de las mujeres que realizaron la EM con

las que no la realizaron. El principal motivo que llevo a estas mujeres al abandono de la LM fue “no tener leche” seguido de “el niño se quedaba con hambre” y de una miscelánea de motivos entre los que se encuentra principalmente problemas con las mamas como grietas, mastitis, etc. coincidiendo con los que describen la mayor parte de los estudios al respecto<sup>12,17-19</sup> aunque Olang et al. encontraron como primer motivo de abandono de la LM en niños menores de seis meses la prescripción médica y en segundo lugar la falta de leche.<sup>20</sup>

Nunca se puede descartar ciertos problemas de sesgo anamnésico en una encuesta, en la medida en que la mujer conoce ya el resultado del producto del embarazo, y este podría haber influir en las contestaciones que dio. La existencia de en sesgo amnésico es poco probable porque la información que se recoge se produjo en un margen de tiempo relativamente pequeño antes de que se produjese la entrevista para la recogida de datos.

**Tabla 2 – Asociación entre el motivo que expuso la madre para el abandono de la lactancia materna y la educación maternal.**

Variable	Total, n	Educación maternal		Análisis crudo OR (IC 95%)	Análisis multivariable* OR (IC 95%)
		no, n %	si, n (%)		
<i>Prescripción médica</i>					
No	223	81 (36.32)	142 (63.68)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí	9	2 (22.22)	7 (77.78)	1.99 (0.36-20.08)	2.22 (0.40-12.23)
<i>No tener leche</i>					
No	150	49 (32.67)	101 (67.33)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	99	41 (41.41)	58 (58.59)	0.68 (0.39-1.20)	0.64 (0.37-1.10)
<i>Quedarse con hambre el bebé</i>					
No	159	56 (35.22)	103 (64.78)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	95	35 (36.84)	60 (63.16)	0.93 (0.53-1.64)	0.89 (0.52-1.55)
<i>Deseo personal de la madre de no querer seguir dando el pecho</i>					
No	221	76 (34.39)	145 (65.61)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	9	6 (66.67)	3 (33.33)	0.26 (0.04-1.27)	0.30 (0.66-1.36)
<i>Por la incorporación al puesto de trabajo</i>					
No	224	79 (35.27)	145 (64.73)	1 (referencia)	1 (referencia)
Sí	7	3 (42.86)	4 (57.14)	0.72 (0.19-5.09)	0.96 (0.19-4.90)
<i>Otros motivos</i>					
No	90	43 (47.78)	47 (52.22)	1 (referencia)	1 (referencia)
Si	94	32 (34.04)	62 (65.96)	1.77 (0.93-3.35)	1.76 (0.96-3.25)

\* Ajustada por estado civil, nivel de estudios máximos alcanzados, presencia de patología del embarazo, embarazo buscado y la edad de la madre.

De existir un sesgo de selección asociado a la no respuesta, este habrá tenido una influencia mínima sobre la validez de los resultados pues no existen a priori razones para pensar que las mujeres que respondieron difieran sustancialmente de las que no respondieron.

Tampoco se puede descartar completamente el sesgo de confusión, limitación inherente a la mayoría de los estudios observacionales. Con el nivel de conocimientos existente no es posible realizar un ensayo clínico por razones éticas. A priori no hay fundamento para pensar que no se hayan tenido en cuenta todos los factores de confusión que pudiese alterar algunas de las variables estudiadas. Por ejemplo, hay patologías que la madre padece que requiere tratamiento farmacológico, esta medicación puede ser motivo de contraindicación de la LM. De igual modo, está demostrado que las madres más jóvenes lactan en menor medida.<sup>21</sup>

En conclusión, la EM es un instrumento útil y eficaz para el inicio y mantenimiento de la LM.

### Financiación

Esta investigación ha sido subvencionada por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (PI11/01388).

### Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

### Agradecimientos

A todas las mujeres que han participado de manera voluntaria y desinteresada en el estudio, así como el personal que ha participado en la recogida de datos en los distintos centros sanitarios.

### BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Infant and young child nutrition. World Health Organization. En: Fifty-Fifth World Health Assembly. Geneva: WHO; 2002.
2. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al., PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001;285:413-20.
3. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus; 2008 N. 4. Oxford: Update Software; 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.).
4. WHO. Nutrition data banks, global data bank on breastfeeding. World Health Organization; 2003 [consultado 25 mayo 2011]. Disponible en: [www.who.int/nut/db.bfd.htm](http://www.who.int/nut/db.bfd.htm)
5. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. La lactancia materna en Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
6. Hernández Aguilar MT, Maldonado Aguayo J. 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;63:340-56.
7. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Embarazo, Parto y Puerperio. 2.ª ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
8. Gagnon AJ, Sandall J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.).
9. Sallam SA, Babrs GM, Sadek RR, Mostafa AM. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. *Breastfeed Med*. 2012; Oct 5. [Epub ahead of print]. doi:10.1089/bfm.2012.0040.
10. Jana AK. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
11. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;11, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD00642>. Art. No. CD006425.
12. Barriuso LM, Sánchez-Valverde F. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. *Anales Sis San Navarra*. 1998;21 Supl 3:13-9.
13. Yaque M, Castillo E, Praena Crespo M, Sancho C, Fernández A, Herrera C, et al. Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio: diferencias entre cuatro zonas básicas de salud. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:231-9.
14. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. 2005. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005;84:436-43.
15. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010;59:194-202.
16. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.).
17. Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales LM, Díaz-García MA, Quezada-Salazar CA, Arroyo Cabralea LM, Delgado Becerra A, et al. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en alojamiento conjunto en una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2006;63:31-9.
18. Estévez González MD, Martell Cebrián D, Medina Santana R, García Villanueva E, Saavedra Santana P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002;56:144-50.
19. Martínez Galiano JM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de Enferme*. 2010;13:61-7.
20. Olang B, Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A. Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran. *Int Breastfeed J*. 2012;7:7.
21. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2002;31:12-32.