

ORIGINAL BREVE

Recibido: 17 de octubre de 2016

Aceptado: 3 de enero de 2017

Publicado: 9 de febrero de 2017

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA
EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO, GALICIA

M^a José Rodríguez-Pérez (1), Elena Álvarez-Vázquez (2), José Medina-Pomares (3), Carmen Velicia-Peñas (4), Ana Cal-Conde (5), Ana Goicoechea-Castaño (6), Clara González-Formoso (7) y Ana Clavería (7).

- (1) Centro de salud Rosalía de Castro. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (2) Centro de salud Moaña. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (3) Centro de salud Nicolás Peña. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (4) Centro de salud Sárdoma. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (5) Centro de salud Tui. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (6) Centro de salud Bembrive. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.
- (7) Gabinete técnico. EOXI Vigo. Servicio Gallego de Salud. Vigo. España.

RESUMEN

Fundamentos: La evaluación cuantitativa de las actuaciones para promover la lactancia materna, con material y método estandarizados, es imprescindible para conocer su impacto y permitir la comparación internacional. El objetivo fue conocer la prevalencia de la lactancia materna en un Área Sanitaria de Galicia.

Métodos: Estudio observacional mediante entrevista, siguiendo metodología y cuestionario diseñados por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia. Se preguntó a la madre/cuidador principal del lactante sobre la alimentación recibida por él/ella para calcular los 5 indicadores propuestos (lactancia materna exclusiva en menores de 15 días, lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, lactancia materna entre 12 y 15 meses y a los dos años, combinación con otros alimentos a los 6-7 meses). Se seleccionó una muestra aleatoria de 431 lactantes entre 0 y 2 años de los centros participantes, entre 2013 y 2014. Se realizó un análisis descriptivo y bivariante.

Resultados: Se observó que el 50,00% (IC 95%: 39,3-60,7) de lactantes menores de 15 días recibieron lactancia materna en exclusiva. A los 6 meses, la prevalencia fue del 50,28% (IC 95%: 43,0-57,6). La lactancia materna en lactantes de 12 a 15 meses era del 34,62% (IC 95%: 22,0-49,1). A los dos años era 26,67% (IC 95% 17,1-38,1), con diferencias significativas entre ámbito rural y urbano. Entre 6 y 8 meses la totalidad combinaban lactancia con otros alimentos.

Conclusiones: En nuestro entorno se observa una tasa de inicio y una duración media menor de lo deseable.

Palabras clave: Lactancia materna, Lactancia materna exclusiva, Prevalencia, Atención primaria de salud, Encuestas y cuestionarios, Recién nacido, Salud de la mujer.

Correspondencia

Ana Clavería

Atención Primaria, EOXI Vigo

Rosalía Castro 21-23, 7^o

36201 Vigo

anaclaveriaf@gmail.com

ABSTRACT

Prevalence of Breastfeeding in a Galician Health Area, Spain

Background: The quantitative evaluation of actions to promote breastfeeding, with standardized material and method, is essential to understand their impact and allow international comparison. The aim was to know the prevalence of breastfeeding in Galician Health Area.

Methods: A cross-sectional descriptive study through interviews, following methodology and questionnaire designed by the Baby-Friendly Initiative. The infant's mother/caregiver were asked about feeding to calculate the five indicators proposed (exclusive breastfeeding under 15 days, exclusive breastfeeding under six months, continued breastfeeding at one year and two years, introduction of solid, semi-solid or soft foods). A random sample of 431 infants aged between 0 and 2 years of the participating centers, between 2013 and 2014, has been selected. Descriptive and bivariate analyses have been performed.

Results: In the sample, 50.00% (95% CI 39.3 to 60.7) of infants fewer than 15 days were exclusively receiving breastfeeding. At 6 months, the prevalence was 50.28% (95% CI 43.0 to 57.6). Breastfeeding at 12 to 15 months was 34.62% (95% CI 22.0 to 49.1). At two years, it was 26.67% (95% CI 17.1 to 38.1), with significant differences between rural and urban areas. Between 6 and 8 months, all infants have breastfeeding combined with other foods.

Conclusions: In our environment the starting rate and average duration are lower than desirable.

Keywords: Breast Feeding, Breast Feeding, Exclusive, Prevalence, Primary Health Care, Surveys and Questionnaires, Women's Health, Infant newborn,

Cita sugerida: Rodríguez-Pérez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, Velicia-Peñas C, Cal-Conde A, Goicoechea-Castaño A, González-Formoso C, Clavería A. Prevalencia de lactancia materna en el Área Sanitaria de Vigo, Galicia. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:9 de febrero 201702017.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna (LM) es el alimento natural para los lactantes y el más saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las diferentes asociaciones españolas de Pediatría, recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del lactante y la complementación con otro tipo de alimentos hasta los 2 años o más de edad^(1,2).

Además de aportar el contenido óptimo de nutrientes, la LM aporta anticuerpos y sustancias biológicamente activas que contribuyen a disminuir el riesgo de padecer enfermedades como infecciones, síndrome de muerte súbita del lactante, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, obesidad^(3,4,5,6) y el desarrollo cognitivo^(7,8). También favorece el vínculo afectivo y la salud de la madre.

A pesar de estas evidencias, las tasas de LM son bajas, tanto en los países desarrollados⁽⁹⁾ como en los países en vías de desarrollo. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2006^(10,11), en España el 68,4% de los lactantes se alimentan exclusivamente con leche materna a las 6 semanas, el 52,5% a los 3 meses y se reduce al 24,7% a los 6 meses.

Son varios los factores que influyen en el abandono prematuro de la lactancia: individuales (decisión materna, experiencias previas, dificultades con la lactancia, apoyos familiares...), comunitarios (características del hospital, formación del personal sanitario, vuelta al trabajo...), socioculturales (“cultura de biberón”, desaprobación de la lactancia en público, estilos de vida) y políticos (falta de programas de apoyo a la lactancia)⁽³⁾, sin olvidarnos del papel fundamental de los profesionales sanitarios en el inicio y mantenimiento de la lactancia.

Desde la década de los 70, instituciones como la OMS, UNICEF^(12,13) y la Comisión Europea⁽¹⁴⁾ consideran la lactancia materna como una prioridad de salud pública en Europa, con diversas actuaciones que se plasman en la Iniciativa para la Humanización

de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)⁽¹⁵⁾. En este contexto, en España se creó en 1995 el Comité Nacional de la IHAN, con el objetivo de la promoción institucional de la lactancia materna. En 2006 se amplió la iniciativa a los centros de salud. En ellos la acreditación IHAN es un proceso complejo que exige un importante esfuerzo, tanto de los profesionales como de los responsables de la Administración, y en el que se deben cumplir Siete Pasos⁽¹⁵⁾.

Compartiendo la intención de humanizar la asistencia a las madres e hijos, son muchos los proyectos que se han implementado alrededor del mundo^(16,17) con diferentes metodologías. Pero en todos, para poder evaluar y comparar su efectividad, es esencial conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna en el entorno. La IHAN propone un cuestionario para conocer la situación de partida y seguir en el tiempo su evolución, con cinco indicadores de lactancia materna consensuados internacionalmente⁽¹⁵⁾.

El objetivo fue conocer las tasas de prevalencia en LM en el área de salud de Vigo (Galicia, España).

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante entrevista en cuatro centros de salud (de 53 del área sanitaria de Vigo, con 550.000 habitantes en total y 3.798 partos en centros públicos en el año 2013 (87% del total de partos en el área)⁽¹⁸⁾.

En el Sistema Nacional de Salud de España, el seguimiento del embarazo y parto se hace en los centros de salud, por un equipo multidisciplinar (medicina de familia, enfermería, matrona, pediatra, enfermería de pediatría), con la colaboración protocolizada de las maternidades. En el área de salud de Vigo, un único hospital público de tercer nivel realiza la atención a embarazos de alto riesgo, la atención obstétrica y pediátrica que requiera ingreso, y todos los partos derivados por los centros de salud.

Para la obtención de indicadores, presentados en la tabla 1, se utilizó el cuestionario validado por la IHAN y sus instrucciones de aplicación⁽¹⁵⁾, preguntando a cada participante seleccionada (madre o cuidador principal de los lactantes) sobre la alimentación recibida el día anterior a la encuesta. Las entrevistas se realizaron por enfermeras de pediatría, matronas y una estudiante de enfermería siguiendo las instrucciones de la IHAN y sus definiciones (**anexo 1**). Tuvieron lugar en verano de 2013 (2 centros urbanos) y en invierno de 2014 (2 rurales).

De acuerdo a los criterios establecidos por la IHAN para centros con menos de 300 lactantes menores de 2 años, como era el caso, se debían entrevistar por vía telefónica al menos a 75 madres de este tramo en cada centro de salud, con un incremento del 10% por posibles pérdidas. La captación varió según la edad del lactante:

1) Lactantes de 0 a 15 días: en la primera visita al centro de salud, protocolizada antes de los 15 días de vida, con entrevista a la madre o cuidador/a principal de todos los recién nacidos que lleguen al centro, de forma consecutiva, durante un periodo de 1 mes o hasta alcanzar al menos 25 recién nacidos entrevistados, en la consulta de la matrona o enfermera de pediatría.

2) Lactantes mayores de 15 días: la información se obtuvo por entrevista en dos centros, con selección por muestreo aleatorio sistemático (uno de cada 3) del listado de tarjetas sanitarias atendidas en el centro de salud en los dos años anteriores; en los centros restantes, se captaron por vía telefónica, en una muestra aleatorizada con reposición entre los menores de 2 años.

Además de las variables incluidas en el cuestionario IHAN, se registraron el centro de salud (por su interés para ellos mismos), su ámbito (rural/urbano) y la edad en días del lactante (necesaria para calcular los indicadores).

Se diseñó un formulario en línea en *Google Drive* con la codificación numérica de todas las variables estudiadas y datos anónimos de los recién nacidos. A continuación se depuró la base de datos. Para su análisis se calcularon los indicadores propuestos por la IHAN con un intervalo de confianza de 95%.

Indicador 1. Lactancia materna exclusiva en recién nacidos de 0 a 15 días de vida: Proporción de lactantes (de 0 a 14 días de vida) que sólo recibieron leche materna en el día antes a la primera visita al centro de salud.

Indicador 2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de entre 0-5 meses de vida alimentados con lactancia materna exclusiva.

Indicador 3. Lactancia materna continúa al año de vida: Proporción de lactantes de 12 a 15 meses que son amamantados.

Indicador 4. Lactancia materna continúa a los 2 años: Proporción de lactantes de 20 a 23 meses de edad (hasta el día antes de su 24 cumpleaños) que fueron amamantados.

Indicador 5. Introducción de alimentos sólidos o semisólidos: Proporción de lactantes de entre 6 y 8 meses de edad que reciben alimentación sólida, semisólida o en puré.

Se calcularon los intervalos de confianza para la diferencia entre dos proporciones con la corrección de Yates con el software libre R (<https://cran.r-project.org/>).

En cuanto a sus aspectos éticos, este estudio se realizó siguiendo las normas de buena práctica y la Declaración de Helsinki, de forma que para los cuestionarios se solicitó previamente el consentimiento expreso verbal de la madre/cuidador principal del lactante y se registró la información sin incluir datos identificativos de los participantes.

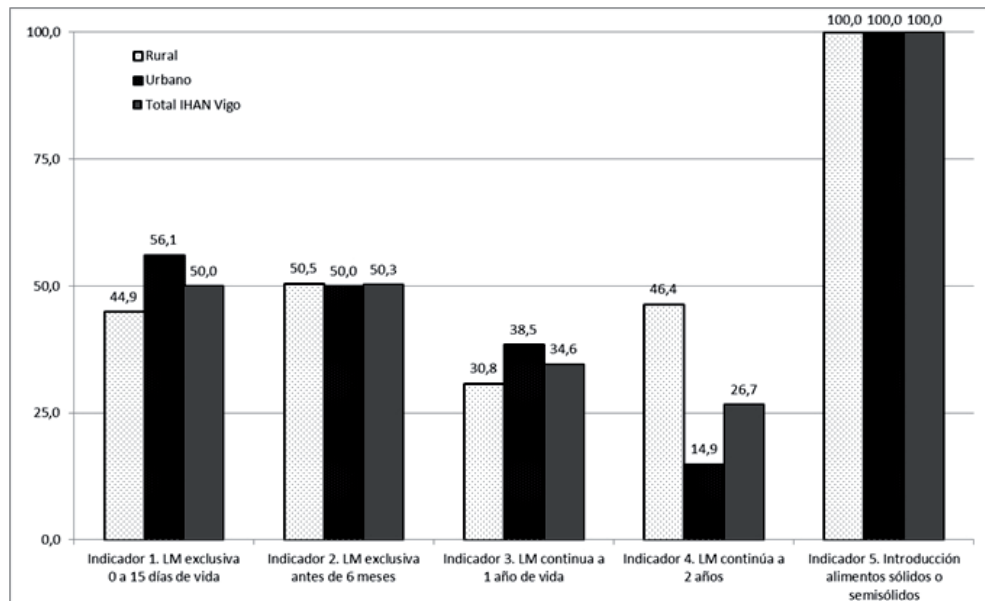
RESULTADOS

Se entrevistó a 431 madres y/o cuidadores principales de lactantes y niños, siendo 90 menores de 15 días y 341 tenían entre 15 días y dos años. Por ámbito el 64,8% fueron atendidos en centros rurales y el resto en centros urbanos.

Para lactantes menores de 15 días, el 67,7% (IC95%: 57,5-76,5) inició la lactancia a la hora del nacimiento, disminuyendo a continuación hasta el 50,00% (IC95%: 39,3-60,7) en los menores de 15 días (indicador 1). Con respecto al indicador 2 el 50,28% (IC95%: 43,0-57,6) de los participantes de

	n	%	IC95%
Indicador 1. Lactancia materna exclusiva en recién nacidos de 0 a 15 días de vida: Proporción de lactantes (de 0 a 14 días de vida) que sólo recibieron leche materna en el día antes a la primera visita al centro de salud.	90	50,00	39,3-60,7
Indicador 2. Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses: Proporción de lactantes de entre 0-5 meses de vida alimentados con lactancia materna exclusiva.	179	50,28	43,0-57,6
Indicador 3. Lactancia materna continúa al año de vida: Proporción de lactantes de 12 a 15 meses que son amamantados.	52	34,62	22,0-49,1
Indicador 4. Lactancia materna continúa a los 2 años: Proporción de lactantes de 20 a 23 meses de edad (hasta el día antes de su 24 cumpleaños) que fueron amamantados.	75	26,67	17,1-38,1
Indicador 5. Introducción de alimentos sólidos o semisólidos: Proporción de lactantes de entre 6 y 8 meses de edad que reciben alimentación sólida, semisólida o en puré.	35	100,00	90,0-100,0

Figura 1
Indicadores de lactancia materna por ámbito



entre 0 y 6 meses fueron alimentados exclusivamente con leche materna (tabla 1 y figura 1).

La prevalencia de lactancia materna al año de vida (indicador 3) fue del 34,62% (IC95%: 22,0-49,1). A los 2 años de edad (indicador 4), el porcentaje de niños que recibieron LM como parte de su alimentación fue del 26,67 (IC95%: 17,1-38,1).

A partir de los 6 se aconseja empezar a combinar la lactancia materna con la introducción de otros alimentos nutritivos. Los resultados obtenidos del indicador 5 muestran que el 100% de los lactantes de entre 6 y 8 meses recibieron alimentos sólidos, semisólidos o en puré como parte de su alimentación.

El indicador 4 (lactancia materna continúa a los 2 años) presenta diferencias estadísticamente significativas entre los ámbitos rural y urbano (46,4% vs 14,9%; $p=0,007$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna en los centros de salud estudiados es igual o superior a la de nuestro entorno, pero muy inferior a lo recomendado por la OMS. Observamos diferencias estadísticamente significativas a los dos años entre el ámbito rural y urbano en la continuación de la LM, más baja en este último.

Al analizar la prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna entre los participantes, aproximadamente el 70% de los lactantes tomaron leche materna en la primera hora de vida. Estas cifras son superiores a las obtenidas en otros estudios realizados en Andalucía⁽¹⁹⁾ y similares a la Comunidad Valenciana⁽²⁰⁾, donde un 61,8% y un 69,8% de los lactantes, respectivamente, iniciaron la lactancia de forma inmediata. El 30% restante pudo haber tomado algún otro alimento y/o bebida y/o leche artificial. Entre los aspectos de organización sanitaria que pudieran influir en este indicador, se encuentra la protocolización la consulta postparto al alta en el centro

de salud, pues se realiza el test de metabopatías, entre otras actuaciones.

El indicador 1 es bajo comparado con nuestro entorno. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012⁽¹¹⁾, la lactancia natural (con los mismos criterios que la LME) es la alimentación más utilizada en los bebés durante las primeras 6 semanas (66,2%) y se reduce al 53,6% hasta los 3 meses. A los 6 meses, el 53,1% de los bebés son alimentados mediante lactancia artificial, dejando en segundo plano la lactancia natural (28,5%). La clase social basada en la ocupación, según los niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología⁽²¹⁾, no afectaba demasiado al tipo de lactancia elegido.

Al considerar el indicador 2, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en lactantes menores de 6 meses de edad fue aproximadamente de la mitad, de forma semejante a la obtenida para LME al inicio. Destaca favorablemente porque es el doble de la media nacional para este grupo de edad⁽¹¹⁾. Puede deberse a que los centros de salud incluidos en el estudio fueron autoseleccionados y la participación en el proyecto IHAN demuestra su compromiso con las prácticas de lactancia materna, haciendo una buena protección, promoción y apoyo de esta forma de alimentación, lo que justificaría estos buenos resultados. Puesto que una vez iniciada la LME tiende a mantenerse, es esencial la implicación de todo el equipo multiprofesional, tanto durante el embarazo como en las primeras horas del postparto y en las revisiones posteriores. La falta de apoyo a la lactancia en el momento de la vuelta al trabajo, tras el permiso maternal, y la corta duración del mismo (4 meses) son obstáculos para el mantenimiento de la LM^(18,19). España ocupa el octavo lugar en cuanto a duración del permiso por maternidad y, como se puede observar en algunos estudios, la duración de la baja maternal se asocia a una mayor prevalencia y duración de la lactancia materna⁽²⁰⁾. Otras medidas para hacer frente a este problema incluyen disponer de salas de lactancia para que las madres

puedan sacarse leche, impulsar la flexibilidad horaria o la reducción de jornada para que la madre pueda mantener el contacto con su bebé, disponer de guarderías adjuntas al trabajo o, incluso, en los casos en que sea posible, trabajar desde casa⁽²²⁾.

En el indicador 4, referente a la continuación de lactancia materna a los dos años, se observó un mayor mantenimiento de la LM en el ámbito rural. Es posible que el apoyo familiar, los recursos comunitarios y/o grupos de lactancia, estén favoreciendo esta prevalencia más elevada.

A pesar de considerar que los indicadores 2, 3 y 4 son superiores a los de otros estudios publicados en nuestro entorno^(11,19,23), son bajos en el contexto de la OCDE⁽²⁴⁾. Y sus niveles son muy inferiores a las recomendaciones de la OMS, según la cual el 100% de los niños deberían ser amamantados exclusivamente hasta los 6 meses de edad y, posteriormente hasta los dos años o más, introduciendo alimentos complementarios adecuados junto a la leche materna.

Respecto a la distribución de las prácticas alimentarias en lactantes según el ámbito urbano/rural en la primera hora, un centro urbano desconocía que los líquidos estuvieran excluidos en la LME, aunque no en la definición de LM predominante, según la IHAN⁽¹⁵⁾. De ahí la importancia de revisar los criterios para que sean iguales en todos los centros, puesto que la estandarización de la encuesta es uno de los problemas identificados para hacer comparaciones internacionales⁽²⁵⁾. La complejidad del hospital también pudo influir en este indicador, puesto que en los de mayor nivel tecnológico son más prevalentes la prematuridad y las cesáreas, que podrían dificultar la lactancia en la primera hora. En el momento del estudio, en el hospital de referencia no estaba implantado el protocolo piel con piel.

La metodología IHAN está planteada para facilitar la autoevaluación y el seguimiento de los centros participantes en el

proyecto. Sin embargo, echamos en falta que no se incluya el sexo⁽²⁶⁾ como variable obligatoria. No tendría que suponer el aumento del tamaño muestral para buscar diferencias significativas por centros, pero sería de interés tanto en análisis agregados como en las comparaciones internacionales. El cuestionario es corto y sencillo, aunque tuvimos dificultades de interpretación que se subsanaron consultando directamente con los referentes del proyecto. Se debería elaborar un informe con esas dudas para que cualquier centro, participante del proyecto o no, pudiera resolverlas. Finalmente, la existencia de algún programa o archivo libre para incluir datos y realizar los cálculos automáticamente facilitaría y normalizaría la explotación. La LME temprana más frecuente declarada en las entrevistas realizadas con 1 o 2 años es sugerente de sesgo de memoria. Una de las fortalezas del estudio es que el método de registro fue idéntico en todos los centros, con un entrenamiento/adiestramiento previo de los encuestadores, que fueron los propios profesionales. Esto pudo limitar la inclusión de otras variables clínicas, culturales o socioeconómicas, puesto que los encuestadores eran los propios profesionales durante su actividad clínica diaria, con las limitaciones de tiempo que esto supone. Destacaron que hubo una buena colaboración por parte de las madres/padres que contestaron, con un alto porcentaje de participación y respuesta, aunque no se llegó a cuantificar. Tampoco hubo ninguna iniciativa destacable en atención primaria relacionada con la lactancia materna entre el inicio y el final de la captación.

La información de la encuesta nos permitirá evaluar el impacto de la participación de nuestros centros en el proyecto IHAN. Se espera poder extenderlo a otros centros de salud y que con su difusión, mayor número de profesionales incorporen esta visión a la práctica. En el futuro, se podrán comparar estos indicadores con los de otros centros de salud que no formen parte del

proyecto⁽²⁷⁾ y valorar si hay diferencias significativas entre ellos, puesto que los beneficios se empiezan a observar. Será deseable evaluar también las actitudes maternas sobre LM, su experiencia, satisfacción y confianza con cuestionarios validados y preferiblemente autoadministrados⁽²⁸⁾.

Con la implicación de las instituciones sanitarias y los profesionales de salud se puede contribuir de forma decisiva a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. La obtención del certificado de centros acreditados por la IHAN es una muestra de ello, al convertir como requisito para su acreditación la mejora en sus cifras de lactancia tras la implantación de la estrategia mostrando evidencia sobre su efectividad. Por ello es fundamental establecer un sistema de monitorización y seguimiento de la lactancia materna en toda la organización que permita orientar la toma de decisiones y cuantificar los avances que se realicen como resultado de los programas de actuación emprendidos, independientemente de la participación en la Iniciativa. Es inexcusable⁽²⁹⁾ promover y supervisar el cumplimiento de las buenas prácticas y normas internacionales acerca de la lactancia, con la participación de madres y padres, así como de los profesionales de salud, entre otros.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres y cuidadores participantes, que aceptaron compartir su experiencia con nosotras.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra: 55ª Asamblea Mundial de la Salud, 16 de abril de 2002. [citado 5 -08-2016]. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_estrategia_mundial.pdf
2. Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. [citado 11 de ago. 2016]. <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones-comite-lactancia-materna>
3. Oliver Roig A. El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencia, factores de riesgo y estrategias de protección, promoción y apoyo a la lactancia [tesis doctoral]. Alicante: Universidad de Alicante; 2012.
4. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity--a systematic review Int J Obes Relat Metab Disord. 2004;28(10):1247-56.
5. Morales E, García-Esteban R, Guxens M, Mendez M, Moltó-Puigmartí C, Lopez-Sabater MC, Sunyer J. Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on allergic manifestations and infections in infancy. Clin Exp Allergy. 2012;42(6):918-28.
6. Yamakawa M, Yorifuji T, Inoue S, Kato T, Doi H. Breastfeeding and Obesity Among Schoolchildren. A Nationwide Longitudinal Survey in Japan. JAMA Pediatr. 2013;167(10):919-25.
7. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barroset FC. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. The Lancet Global Health. 2015; 3(4), e199-e205.
8. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, Gillman MW, Oken E. Infant Feeding and Childhood Cognition at Ages 3 and 7 Years Effects of Breastfeeding Duration and Exclusivity. JAMA Pediatr. 2013;167(9):836-44.
9. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villa M et al. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. Gac Sanit. 2015;29(1):4-9.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006. [citado 5 ago. 2016]. www.ine.es
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. [citado 5 ago. 2016]. www.ine.es
12. Organización Mundial de la Salud. Código Internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna. Ginebra: OMS, 1981. [citado 13 feb. 2014]. <http://www.ibfan.org/spanish/resource/who/fullcode-es.html#4>
13. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna. Florencia: WHO, 1990. [citado 20 feb. 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24807.html

14. Proyecto de la UE sobre la Promoción de la Lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratégico para la acción Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Control de Riesgos, Luxemburgo, 2004 [citado 16 feb. 2014]. http://www.aeped.es/sites/default/files/5-europe_a_blueprint_for_action.pdf
15. Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia. IHAN [citado 15 ene 2014]. <http://www.ihan.es>
16. Bagci Bosi AT, Eriksen KG, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr.* 2016;19(4):753-64.
17. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13 Suppl 3:S20.
18. Villanueva E. El Chuvi registró la menor natalidad en las últimas dos décadas con 3.646 partos. *Faro de Vigo* [Internet]. Viernes 5 de enero de 2016 [citado 7 sep 2016]. Disponible en: <http://www.farodevigo.es/gran-vigo/2016/01/05/chuvi-registro-menor-natalidad-ultimas/1380273.html>
19. Aguayo Maldonado J, Posadas del Amo S, Ramírez Troyano A, Rello Yubero C, Martínez Rodríguez MT, Bonal Pitz, P. Lactancia materna en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
21. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutr.* 2001;4(2B):631-45.
21. Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>
22. Abdulwadud OA, Snow ME. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD006177.
23. Palomares Gimeno MJ, Fabregat Ferrer E, Folch Manuel S, Escrig García B, Escóin Peña F, Gil Segarra C. Apoyo a la lactancia materna en una zona básica de salud; prevalencia y factores sociosanitarios relacionados. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2011;13:47-62.
24. OECD Family Database [Internet]. Paris: OECD. [citado 7 sep 2016]. <http://www.oecd.org/social/family/database.htm>
25. Ho YJ, McGrath JM. A review of the psychometric properties of breastfeeding assessment tools. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(4):386-400.
26. Sánchez de Madariaga I, Ruiz Cantero MT. [Opportunity for the integration of the gender perspective in health research and innovation in Europe: COST Network genderSTE]. *Gac Sanit.* 2014;28(5):401-4.
27. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G. Grupo Colaborativo CALINA. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. *Estudio CALINA. An Pediatr (Barc).* 2013;79(5):312-8.
28. Tuthill EL, McGrath JM, Graber M, Cusson RM, Young SL. Breastfeeding Self-efficacy: A Critical Review of Available Instruments. *J Hum Lact.* 2016;32(1):35-45.
29. Editorial. Breastfeeding: achieving the new normal. *The Lancet.* 2016;387(10017):404.

Anexo 1 →

Anexo 1

Definiciones de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia de lactancia materna

Lactancia Materna (LM): la que siguen los lactantes que se alimentan con leche materna, ya sea directamente de la madre o con ayuda de biberón, cuchara, vaso, etcétera.

Lactancia materna exclusiva (LME): la que siguen los lactantes que reciben exclusivamente leche materna, sin ningún otro tipo de alimento líquido o sólido, con la excepción de gotas o jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.

Lactancia materna complementada: la que siguen los lactantes que reciben leche materna y otro tipo de alimentos líquidos, sólidos o semisólidos, incluyendo cualquier otro tipo de leche que no sea la materna.

Lactancia materna predominante: la fuente principal de nutrición del niño es la leche materna. Sin embargo, puede recibir también agua y bebidas basadas en agua, sales de rehidratación oral, gotas y jarabes de vitaminas, suplementos minerales o medicamentos y otros fluidos (en cantidades limitadas). Con la excepción de zumos de frutas y agua azucarada, ningún fluido basado en comida se permite bajo esta definición.

Lactancia artificial o con fórmula adaptada: cualquier tipo de alimento que recibe el bebé distinto de la leche materna.