

Investigación en nutrición

Causas de abandono de lactancia materna en un hospital de tercer nivel

Hilda Gabriela León Suazo*

* Hospital Regional Ignacio Zaragoza ISSSTE México, D.F.

Resumen

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, transversal y abierto con fuentes de información directa.

Se incluyeron a todos los pacientes de 0 a 6 meses de edad que acudieron a la consulta de Urgencias. Se excluyeron a los pacientes que nunca recibieron leche materna y a los mayores de 6 meses de edad. Para la recolección de datos se empleó una cédula de llenado, cuyas variables eran la edad, el sexo, el tipo de alimentación efectuada desde el nacimiento, y si el paciente no era alimentado al seno materno se determinaba la causa y se preguntaba si la madre era trabajadora y si había recibido información de la lactancia materna.

Los datos obtenidos fueron comparados entre sí y analizados con el método estadístico Chi cuadrada (χ^2).

Se incluyeron 681 pacientes, de los cuales 352 (51.7 %) fueron alimentados con leche materna y 329 (48.3%) con fórmulas industriales.

De los 329 pacientes se mencionó como las principales causas de abandono de la lactancia materna la poca producción de leche y ser hijo de madre trabajadora, con una tasa estadísticamente no significativa $p > 0.05$.

Las otras causas mencionadas fueron:

- Madre e hijo enfermo.
- El paciente no queda satisfecho.
 - Mastitis.
- Rechazo al seno materno.
 - Embarazo gemelar.
 - Pezón plano.

Todas éstas mostraron una tasa estadísticamente significativa de $p > 0.05$.

Se concluye que ser hijo de madre trabajadora o tener poca producción de leche no justifica abandonar la lactancia al seno materno.

En México existe un marco legal que protege a la madre trabajadora.

Palabras clave: Abandono, lactancia materna, fórmulas industriales, madre trabajadora.

Abstract

The present study is observational, prospective, descriptive, open and transverse type and it has sources of direct information.

They were included all patients from 0 to 6 months age old that you went to the consultation of Urgencies Pediatric of Hospital Ignacio Zaragoza.

The were the patients that didn't receive maternal milk and to those bigger than 6 months of age.

For the gathering of data a questionnaire was used that it included age, sex, the feeding type from the birth and if the patient was fed with maternal milk, the cause was determined and he/she wondered if the mother was hard-working and if she had received information. The obtained data were compared to each other and analyzed with the statistical method Chi square.

681 patients were included, of which 352 were fed with maternal milk and 329 were fed with industrialized milk. Of the 329 patients it was mentioned as the main causes of abandonment.

To the little production of milk and being son of hard-working mother, with a non significant rate of $p > 0.05$.

The other mentioned causes were:

- Sick mother and sick son.
- The patient is not satisfied.
- Mastitis.
- An reject to the maternal milk.
- Embarrass gemelar.
- Plane nipple.

This causes showed a rate statistically significant $p > 0.05$.

Concluding that to be hard-working mother's son or to have little production of maternal milk, doesn't justify abandoning the nursing. In Mexico, a legal mark that protects the hard-working mother exists.

Key words: Abandonment, maternal milk, industrialized milk, hard-working mother.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el método recomendado para alimentar a los niños durante los primeros 6 meses de vida. Muchos casos de fracaso de la lactancia materna se evitarían con informar a la madre de los problemas que pueden surgir al poco tiempo de salir del hospital.

En general, las mujeres primíparas pueden experimentar ingurgitación mamaria tres días después del parto. En este momento, lo más adecuado es estimular el flujo de leche, cuidando que el niño agarre bien el pezón y exprimir la mama con la mano, ya que esto ayudará a la salida de la leche. El volumen lácteo aumenta con rapidez durante las dos semanas siguientes al parto.¹

Es importante informar esto a las madres, en especial a las que tienen neonatos enfermos, ya que se ha demostrado que el volumen de leche extraído manualmente es satisfactorio; el primer día se producen 25 mL y al quinto día el volumen promedio es de 83 mL, lo cual cubre las necesidades del neonato.²

No dar información constituye un factor de incumplimiento de la recomendación de la lactancia materna y, por lo tanto, muchas madres desconocen los beneficios de la leche y las enfermedades que previene.³

Los beneficios de la lactancia han sido bien documentados:

1. Disminuye la morbilidad de las enfermedades diarreicas, respiratorias, alérgicas, de la enterocolitis necrotizante, de la sepsis neonatal y de las infecciones de vías urinarias. Por lo tanto, disminuye la morbilidad y mortalidad de los neonatos y lactantes.^{4,5}
2. Interviene en el crecimiento y desarrollo del sistema nervioso del lactante.⁶
3. Es el alimento ideal para los recién nacidos y lactantes, ya que gracias a su composición satisface las necesidades del niño y evita la desnutrición, ya que se ha comprobado que promueve el crecimiento normal.⁷
4. Ofrece ventajas a la madre. El amamantamiento exclusivo tiene una potente acción en el control de la fertilidad, ya que hay un 98% de posibilidades de no quedar embarazada; se mejora el vínculo psicoafectivo madre-hijo, se disminuye el riesgo de hemorragia postparto, contribuye a la involución uterina, disminuye la incidencia de cáncer de mama y ovario.⁸

Sin embargo, en algunas ocasiones se sugiere el cese temporal de la lactancia materna, por ejemplo:

1. *Hiperbilirrubinemia*. Cuando se refiere a ictericia incrementada por la lactancia materna. No se justifica en ninguna circunstancia la suspensión del seno materno, como base del tratamiento de la ictericia.⁹ Pueden hacerse breves interrupciones por periodos no mayores a 72 horas, en los cuales se ve que la ictericia

cede en forma rápida y al reiniciar el amamantamiento la ictericia nunca alcanza los niveles previos a la suspensión de la lactancia.¹⁰

Se ha demostrado que existen varios factores que contribuyen al incremento de bilirrubina indirecta y no solamente es causado por leche materna.¹¹

En 1993, se realizó un estudio en Italia y se encontró que los neonatos alimentados con fórmula tienen la misma incidencia de presentar hiperbilirrubinemia que los alimentados con seno materno a libre demanda.¹²

Por otra parte, nunca se ha visto un caso de kernicterus o inclusive que haya llegado a la exanguinotransfusión por hiperbilirrubinemia debida exclusivamente a la lactancia materna. En 1994, se demostró que si los niños son alimentados más de 8 veces al día durante los 3 primeros días de vida, tendrán niveles de bilirrubina más bajos, al igual que los niños alimentados poco tiempo después del nacimiento.¹³

2. *SIDA*. Se considera que el mecanismo de transmisión del VIH a través de la lactancia es muy bajo; de cualquier forma, deberán valorarse los beneficios de la lactancia, decidiéndose por la suspensión del seno cuando la madre adquirió la infección en forma reciente.¹⁴
3. *Hepatitis B*. Esta enfermedad se transmite durante el parto y la infección a través de la lactancia no parece significativa. Sin embargo, se ha aislado el virus de la leche materna; por ello, la Academia Americana de Pediatría recomienda realizar la inmunización contra la hepatitis B a los niños.¹⁴
4. *Medicamentos*. Son cada vez menos los medicamentos que se deben tomar en cuenta antes de decidir interrumpir la lactancia, ya que se ha comprobado que menos del 1% de la cantidad de dosis recibida por la madre es la que se excreta por la leche materna.¹⁵

Sin embargo, ya están bien establecidos los medicamentos que contraindican la lactancia materna, por ejemplo los antidepresores tricíclicos.¹⁶

No obstante, se hizo un estudio en la India, en 1995, y se encontraron diferentes causas de abandono de la lactancia materna; por ejemplo, la poca producción de leche, el bajo nivel socioeconómico, el que la madre sea trabajadora o se abandone la lactancia porque la madre o el hijo se enferman.¹⁷

En México se realizó la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, llevada a cabo en 1987, en diferentes ciudades del país, y que reveló algunos puntos interesantes:

1. Después de los 30 años de edad materna, la tendencia a amamantar al niño disminuye.
2. El grado de escolaridad materna va en relación inversa con la aceptación de la lactancia.
3. Cuando la madre tiene a su hijo por parto la aceptación a la lactancia es mucho mayor que cuando el neonato nace por cesárea.

4. Entre las razones más frecuentes para abandono de la lactancia se encontraron: nunca tuvo leche y el niño la rechazó.

De lo anterior se detectaron los factores de riesgo para abandono de la lactancia:

La industrialización y urbanización de las poblaciones, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la cultura del biberón, la aparente falta de producción de leche, el rechazo del neonato, las enfermedades maternas, la vía de nacimiento, la hospitalización de la madre para atenderle su parto en un sitio en donde no se promueve ni apoya la lactancia, optándose por la separación del binomio en los famosos cuneros fisiológicos, la falta de acceso a guarderías para los hijos de las madres trabajadoras, etc.¹⁸

Dueñas TR realizó un estudio 7 años después de la Encuesta Nacional y sigue corroborando que la incorporación de la mujer al trabajo continúa siendo la causa principal de abandono de la lactancia materna.¹⁹

Por todo lo expuesto, se decidió realizar este estudio con el objeto de determinar las causas de abandono de la lactancia materna para poder brindar apoyo y orientación adecuada a las madres, ya sean trabajadoras o no. Todo con la finalidad de mejorar el estado de salud de los grupos más vulnerables, como lo son los neonatos y los lactantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, abierto transversal y cuenta con fuentes de información directa. Se realizó del 22 de septiembre de 1998 al 22 de septiembre de 1999; se incluyeron a todos los niños de 0 a 6 meses de edad que acudieron a la consulta de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional «Gral. Ignacio Zaragoza».

Se excluyeron a los pacientes que nunca recibieron leche materna y a los lactantes mayores de 6 meses de edad.

Para la recolección de datos se empleó una cédula de llenado, cuyas variables son la edad en meses, el sexo, el tipo de alimentación efectuada desde el nacimiento (lactancia materna exclusiva, complementaria con fórmula, fórmula exclusiva); si el paciente no era alimentado al seno materno se determinaba la causa y se preguntaba si la madre era trabajadora y si había recibido información sobre la lactancia materna.

Para propósitos del estudio se definió como lactancia materna a la alimentación del recién nacido y lactantes a través del seno materno.

- Exclusiva, si sólo recibía leche materna.
- Completa, si tomaba leche materna más té o agua.

- Mixta, si recibía leche materna más fórmulas industrializadas.

Los datos obtenidos fueron comparados entre sí y posteriormente analizados con el método estadístico de Chi cuadrada (χ^2), con ayuda del programa Excel 98.

RESULTADOS

En el estudio se captaron 1,002 pacientes menores de 6 meses de edad que acudieron al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Ignacio Zaragoza durante el periodo comprendido del 22 de septiembre de 1998 al 22 de septiembre de 1999, de los cuales sólo se incluyeron 681 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

De los 681 pacientes incluidos: 275 (40.4%) fueron femeninos y 406 (59.6%) masculinos. De ellos, 352 (51.7%) fueron alimentados con leche materna y 329 (48.3%) con fórmulas industriales.

Se presentaron 79 niños de 1 mes de edad, 71 de 2 meses de edad, 114 de 3 meses de edad, 143 de 4 meses de edad, 153 de 5 meses de edad y 121 de 6 meses de edad.

De los 352 niños alimentados al seno materno, tuvieron lactancia materna exclusiva 201 casos, completa 80 casos y mixta 71 casos.

De los 681 pacientes, 629 (92.4%) madres recibieron información de la lactancia materna.

De los 329 pacientes alimentados con fórmulas industriales, 96 eran hijos de madres trabajadoras. Las causas de abandono de la lactancia materna de estos pacientes fueron: poca producción de leche 106 (15.5%), madre trabajadora 96 (14.5%), madre enferma 42 (6.1%), niño enfermo 26 (3.8%), niño no queda satisfecho 26 (3.85), mastitis materna 14(2%), rechazo al seno materno 8 (1.1%), embarazo gemelar 6 (0.8%), pezón plano 5 (0.7%). Al contrastar los datos, se obtuvo una $p < 0.05$, lo cual le da significancia estadística a estas diferencias.

De los 352 pacientes alimentados con leche materna, 120 eran hijos de madre trabajadora y 232 mencionaron que las causas antes descritas no influyen en el abandono de la alimentación de su hijo con leche materna.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos concluir que la alimentación al seno materno es la forma ideal para alimentar al recién nacido y lactante durante los primeros 6 meses de vida y hay causas específicas para el abandono de la lactancia materna, dentro de las cuales podemos mencionar: madre enferma, uso de 4 medicamentos que se excretan de manera importante por la leche materna, mastitis, pezón plano, embarazo gemelar y rechazo al seno materno.

2. Ser madre trabajadora o tener poca producción de leche no justifica el abandono de la lactancia materna, ya que en México y otros países existe un marco legal que protege a la madre trabajadora.
Cuando la mujer tenga que regresar a su trabajo se le debe proporcionar información para que alimente a su hijo con la leche materna y debe estar familiarizada con las técnicas de extracción manual, conservación y transporte de la leche materna, eliminando los biberones.
3. En este estudio se demostró que una pequeña población no tiene información de la importancia de la

lactancia materna y dentro de esa población se puede incluir a los que abandonan la lactancia materna a edades tempranas; es por esto que se debe hacer mas énfasis en la lactancia materna exclusiva y lograr un mayor impacto en la población, al disminuir de manera importante la desnutrición y las consecuencias que ésta conlleva.

4. Podemos concluir que hacen falta más estudios prospectivos y comparativos que proyecten la realidad de las zonas rurales en cuanto a la alimentación al seno materno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berhman R, Nelson W. Tratado de Pediatría Médica. 14ª Ed., México: Interamericana, MC Graw-Hill, 1997: 41-68.
2. Cruz-Izaguirre et al. Factores asociados al incumplimiento de la recomendación de la lactancia materna, en neonatos enfermos. Rev Mex Pediatr 1998; 65: 107-14.
3. Dueñas TR. Impacto de un programa de capacitación sobre la lactancia materna. Rev Mex Pediatr 1996; 63: 219-22.
4. Goldfarb J. Breastfeeding AIDS and other infectious diseases. Clinics in Perinatology 1993; 20: 225-42.
5. Leventhal JM, Shapiro ED. ¿Protege la lactancia materna a los niños menores de 3 meses de edad frente a las infecciones? Pediatrics 1986; 22: 337-43.
6. Jacobson SW. Breastfeeding and intelligence. Lancet 1991; 339: 926-32.
7. Mot. a CMS et al. Crecimiento según el tipo de lactancia recibida en los 3 primeros meses de vida. Rev Mex Pediatr 1997; 64: 9-12.
8. Colegio de Pediatras de Sonora. Lactancia materna. México 1999; www.wint.com/np/copeson/lactancia.
9. Melnikow J, Bedinghas JMP. Management of common breastfeeding problems. J Fam Pract 1994; 39: 56-64.
10. Maisels MJ, Gifford RNC. Niveles normales de bilirrubina sérica en el recién nacido y efecto en la lactancia materna. Pediatrics 1986; 22: 303-308.
11. Salaria EM, Robertson CM. Relationships between baby feeding types and patterns, gut transit time of meconium and incidence of neonatal jaundice. Midwifery 1993; dec 9: 235-42.
12. Rubaltelli FF. Unconjugated and conjugated biliirrubin pigments during perinatal developments IV the influence of breast feeding on neonatal hyperbilirrubinemia. Boil Neonate 1993; 64; 2(3): 104-9.
13. Maissesels MJ, di Gregorio J. The effects of breast feeding frequency on serum bilirrubin nivels. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 880-3.
14. Goldfarb J. Breastfeeding AIDS and other infectious Diseases. Clinics Perinatology 1993; 20(1): 225-42.
15. Mc Guire TM. Update on excretion of drugs in breast milk. J Hosp Pharm part 1, 1988; 17: 245-52.
16. Berglund F et al. Drug use during pregnancy and breastfeeding. A classification system for drug information. Act Obstet Gynecol Scand, 1984 Supp 126 1/55.
17. Shipra M. Predictor of exclusive breastfeeding on early infancy operational implications. Indian Pediatrics 1995; 32: 1 1287/96.
18. Vandale S et al. Lactancia maternal, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales. Salud Pública Mex 1997; 39: 412-19.
19. Dueñas TR. Impacto de un programa de capacitación sobre la lactancia materna. Rev Mex Pediatr 1996; 63: 219-22.

Correspondencia:
Dra. Hilda Gabriela León Suazo.
Hospital Regional Ignacio Zaragoza.
E-mail: hgileons@hotmail.com
Teléfono 5716 5200 Ext. 6809.