

ARTÍCULO ORIGINAL

Lactancia materna exclusiva a menores de seis meses pertenecientes al Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba

Exclusive breast feeding to newborns under six months belonging to the Teaching Municipal Polyclinic in Santiago de Cuba

Dra. María Dolores Ruiz Silva,^I Dra. Yalili Pouymiró Brooks^{II} y Dra. Yermína Alejandra Dumas Nicó^I

^I Policlínico Universitario "Josué País García", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Municipal, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 39 lactantes menores de 6 meses, atendidos en la consulta de Puericultura del Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, desde enero hasta marzo del 2012, a fin de analizar los principales aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva, para lo cual se aplicó una encuesta que incluía aspectos clínicos y sociodemográficos. En la casuística se halló una baja proporción de madres que alimentaban a sus hijos solo con leche materna; por tanto, se demostró que existieron deficiencias en el trabajo de promoción y apoyo a la lactancia materna. Se recomendó efectuar mayor preparación y entrenamiento del personal sanitario para brindar consejería efectiva a las madres de lactantes.

Palabras clave: lactante, lactancia materna exclusiva, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 39 newborns under 6 months, assisted in the Puericulture Department from the Municipal Teaching Polyclinic in Santiago de Cuba, was carried out from January to March, 2012, in order to analyze the main aspects related to the exclusive maternal nursing, for which a survey was applied that included clinical, social and demographic aspects. A low proportion of mothers who fed their children with maternal milk was found in the case material; therefore, it was shown that deficiencies existed in the promotion work and support to the maternal nursing. It was recommended to make a deeper preparation and training of the health staff to offer effective counseling to the mothers of newborns.

Key words: newborn, exclusive maternal nursing, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es, por naturaleza, la mejor forma de alimentación del lactante y niño pequeño. Alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados es la vía para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, asegurar la salud futura de la madre y ahorrar gastos innecesarios tanto a las familias como a la sociedad. Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo, exponen a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud presente y futura, así como acarrear perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente.¹

Como medida de salud pública, desde el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida, y después de este tiempo, la introducción de alimentos complementarios junto al mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años de edad o más.² Esta recomendación también fue adoptada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba, quien implementó nuevas medidas y políticas de estado para la consecución de este objetivo.

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna, faltan muchos problemas por estudiar y resolver en lo concerniente al mantenimiento y elevación de las tasas de amamantamiento y su duración media. Casi todas las mujeres pueden establecer exitosamente y con seguridad la lactancia materna hasta los 6 meses de edad; sin embargo, aunque se conoce la superioridad de esta en términos de beneficios nutricionales, inmunológicos y posiblemente conductuales en el niño, además de las innumerables ventajas para la madre, aún resultan insuficientes los estudios acerca de la brecha existente entre las madres que planean o comienzan exitosamente su lactancia materna y en pocas semanas, incluso antes de que se haya establecido la producción láctea definitiva, se introduce alimentación complementaria y a pesar de que todavía amamantan al bebé, no reconocen el riesgo de la administración de la misma. Muchas madres expresan que su producción de leche merma a medida que el bebé crece y otras están convencidas de los "presuntos" beneficios de la lactancia mixta, tanto o mejores que los de amamantar exclusivamente al niño, hasta consideran que dar el pecho "un poquito" provee los mismos beneficios que la lactancia materna exclusiva.

En la bibliografía médica consultada existen varios estudios acerca de este problema, que es universal, y entre las principales barreras identificadas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna figuran: educación prenatal inadecuada, falta de seguimiento y apoyo competente por parte de los profesionales de la salud, ausencia de apoyo social y familiar, así como retorno precoz al trabajo y/o estudio de la madre lactante.³

Al respecto, en Cuba, a pesar de la creación de programas que incentivan esta práctica, las tasas de lactancia aún permanecen por debajo de los niveles deseados. Según la OMS, apenas 35 % de los lactantes menores de 4 meses son amamantados exclusivamente y el destete precoz está asociado a elevados índices de mortalidad por malnutrición y diarrea.⁴ En este país, esta no constituye una causa importante de mortalidad, pero sí de morbilidad, particularmente en la provincia de Santiago de Cuba.

En una revisión sistemática sobre los efectos de la lactancia materna en la salud materno-infantil en países en vías de desarrollo realizada en el año 2007, se encontró

que el no amamantar incrementa los riesgos de padecer enfermedades comunes (otitis media aguda, gastroenteritis, dermatitis atópica) y condiciones amenazantes para la vida (infecciones severas del tracto respiratorio inferior, enterocolitis y síndrome de muerte súbita del lactante). Además, los efectos beneficiosos de la lactancia materna exclusiva persisten más allá del período de amamantamiento; los niños no amamantados presentan un mayor riesgo de padecer obesidad, diabetes de tipos 1 y 2, asma y leucemia infantil.⁵

Considerando los beneficios del amamantamiento y su trascendencia como estrategia para la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil, así como las altas tasas de abandono de esta práctica en la población, se decidió realizar este estudio para determinar la situación de la lactancia materna exclusiva en los bebés menores de 6 meses, atendidos en 4 consultorios del médico de la familia, durante sus controles de puericultura.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 39 lactantes de 1 a 6 meses, seleccionados aleatoriamente, atendidos en la consulta de Puericultura del Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, desde enero hasta marzo del 2012, a fin de analizar los principales aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva, para lo cual se aplicó a las madres una encuesta que incluía variables perinatales y sociodemográficas.

Para la investigación se consideró como lactancia materna exclusiva, la leche materna como única fuente de alimentación independientemente de la administración o no de medicamentos en el momento de la entrevista o de suplementos vitamínicos.

Se consideró lactancia materna complementada y/o destete precoz, la administración de cualquier otro alimento líquido o sólido en la dieta del bebé, además del pecho ofrecido antes de los 6 meses de edad.

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, así como el sistema de números y porcentajes.

RESULTADOS

En la casuística, 53,8 % de los lactantes tenían menos de 4 meses y 46,2 % entre 4 y 6 meses. De las 39 madres encuestadas, 51,2 % refirieron ofrecer lactancia materna exclusiva y 48,8 % manifestaron haber introducido alimentación complementaria en la dieta de su hijo; 47,4 % lo hizo antes de los 4 meses de edad del bebé y 52,6 % entre los 4 y 6 meses (tabla 1).

Tabla 1. Lactantes amamantados exclusivamente con leche materna según edad

Edad (en meses)	Lactancia materna exclusiva				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 4	12	60,0	9	47,4	21	53,8
Menos de 6	8	40,0	10	56,6	18	46,2
Total	20	51,2	19	48,8	39	100,0

Según las variables sociodemográficas (tabla 2), en cuanto al sexo predominaron los varones (53,8 %). En el grupo que tomaba exclusivamente el pecho prevalecieron las hembras (55,0 %) y en el que no recibían lactancia exclusiva los varones ocuparon 63,1 %. También se observó predominio de los niños normopeso, producto de partos normales o eutócicos y a término.

Aunque prevalecieron las madres mayores de 18 años, la proporción de las que no practicaban la lactancia materna exclusiva alcanzó casi un cuarto de la muestra en las menores de esta edad (4 para 21,0 %). Al analizar la paridad predominaron las féminas que habían tenido partos múltiples, tanto en el grupo de las que daban pecho exclusivo como en las que no lo hacían de esa manera, (60,0 y 52,6 %, respectivamente).

Respecto a la escolaridad materna, preponderó el grupo con nivel escolar de duodécimo grado y las madres con un nivel educativo medio-elevado entre las que amamantaron exclusivamente (65,0 %); en cambio, en el grupo de las que no amamantaron exclusivamente también hubo predominio de la escolaridad media-superior, es decir de duodécimo grado y universitaria (73,7 %).

En cuanto a la ocupación materna, predominaron las madres trabajadoras (41,0 %); sin embargo, entre las que ofrecieron lactancia materna exclusiva 60,0 % estudiaba o trabajaba y entre las que no amamantaban exclusivamente prevalecieron las trabajadoras (47,4 %).

Resultó llamativo el predominio de las familias extensas (59,0 %) que en ambos grupos tuvo valores elevados, con 55,0 y 63,2 %, respectivamente.

Al analizar si se les ofreció fórmula láctea o no a sus hijos en el hospital, la inmensa mayoría no recibió leche suplementaria; no obstante, existió casi la misma proporción de madres que amamantaban exclusivamente (85,0 %) respecto a las que no lo hacían de esta manera (84,2 %).

Las madres que requirieron separación de sus hijos por cuidados especiales fueron la minoría respecto a las que no fueron separadas; sin embargo, hubo similitud entre las que amamantaron (85,0 %) y las que no lo hicieron (89,5 %).

Tabla 2. Lactancia materna exclusiva según variables sociodemográficas

Variables	Lactancia materna exclusiva				Total	
	Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad gestacional						
Menos de 37 semanas	2	10,0	3	15,8	5	12,8
Más de 37 semanas	18	90,0	16	84,2	34	87,2
Tipos de parto						
Cesárea	6	30,0	4	21,0	10	25,6
Transvaginal	14	70,0	15	79,0	29	74,3
Edad materna						
Menos de 18 años	3	15,0	4	21,0	7	18,0
Más de 18 años	17	85,0	15	79,0	32	82,0
Paridad						
Primípara	8	40,0	9	47,4	17	43,6
Múltipara	12	60,0	10	52,6	22	56,4
Escolaridad materna						
9no grado	2	10,0	5	26,3	7	18,0
12mo grado	13	65,0	9	47,4	22	56,4
Superior	5	25,0	5	26,3	10	25,6
Ocupación materna						
Trabaja	7	35,0	9	47,4	16	41,0
Estudia	5	25,0	3	15,8	8	20,5
Ama de casa	8	40,0	7	36,8	15	38,4
Composición familiar						
Nuclear	9	45,0	6	31,6	15	38,4
Extensa	11	55,0	12	63,2	23	59,0
Ampliada			1	5,2	1	2,5
Recibió fórmula en el Hospital						
Sí	3	15,0	3	15,8	6	15,4
No	17	85,0	16	84,2	33	84,6
Cuidados especiales que requirieron separación madre-hijo						
Sí	3	15,0	2	10,5	5	12,8
No	17	85,0	17	89,5	34	87,2

DISCUSIÓN

La lactancia materna ofrecida exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida del bebé es reconocida como el patrón alimentario que garantiza la salud de los niños durante ese período, debido a la composición nutricional y los factores protectores contra enfermedades que posee dicho alimento.⁶ En este estudio no resultó despreciable la proporción de madres que ofrecieron exclusivamente la leche materna por menos de 4 y 6 meses; estas cifras contrastan con lo hallado en la bibliografía médica consultada donde, según un informe de la OMS,⁴ apenas 35,0 % de los lactantes de todo el mundo se alimentan exclusivamente del pecho de su madre durante los primeros 4 meses de vida, puesto que la alimentación complementaria se suele ofrecer muy precozmente; además, los alimentos son frecuentemente insalubres e inadecuados desde el punto de vista nutricional.

Por otro lado, en esta investigación predominaron los bebés normopeso y producto de partos normales, pero aún la proporción de madres que brindaron lactancia natural exclusiva a estos grupos de niños aparentemente sanos fue baja. Asimismo, algunos investigadores refieren que los bebés nacidos entre las 35 y 37 semanas de edad gestacional tienen necesidades nutricionales especiales comparadas con otros niños nacidos a término, y requieren apoyo extra a la lactancia.⁷ Estos lactantes suelen ser somnolientos y tienen gran riesgo de que su alimentación no sea lo suficientemente efectiva para mantener un ritmo de crecimiento adecuado, esto incrementa los riesgos de hipoglucemia y deshidratación, así como la excreción retardada de bilirrubina, lo cual conduce a la ictericia, dada su relativa inmadurez;⁸ sin embargo, algunos estudiosos coinciden en afirmar que el inicio de la alimentación complementaria es precoz, con lo cual se instala el período de destete.⁹

Al respecto, se hallaron estudios donde se aborda ampliamente el inicio precoz del destete con la introducción de otro alimento líquido o sólido diferente a la leche materna, lo cual se relaciona con otras investigaciones realizadas en este medio donde se introduce con mayor frecuencia la leche en polvo u otras fórmulas lácteas, que están disponibles y son relativamente baratas; este hecho, se une al fuerte patrón cultural común en las madres latinas que dan otra leche a sus hijos, debido a múltiples razones, entre ellas el deseo de tener bebés más “hermosos” y “rollizos”.¹⁰

No se pueden ignorar los riesgos de la introducción precoz de la alimentación complementaria, pues la mayoría de las veces la experiencia indica que los alimentos complementarios no son adecuados por su baja biodisponibilidad de micronutrientes, y en otras ocasiones, tienen una baja densidad energética o son muy diluidos, lo cual redundaría en no cubrir con efectividad la demanda nutricional del niño y en particular la de hierro.^{6,11}

Aunque en este estudio la edad materna no tuvo gran implicación en la introducción de otros alimentos complementarios, puesto que la mayoría de las madres tenían más de 18 años, existen autores como Correa *et al*,¹² quienes señalan que la edad (ser muy joven) influye de forma inversa en la continuidad de la lactancia materna; además, el grupo de mujeres que mantiene esta lactancia por 15 días y más tienen una edad media superior al de las que abandonan esta forma de amamantar. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Giuliani *et al*,¹³ quienes en su casuística hallaron un predominio del destete precoz en madres con más de 26 años.

Por otra parte, las madres con nivel medio-superior y las trabajadoras fueron las que lactaron por menor tiempo con leche materna exclusiva o iniciaron el destete precozmente, esto difiere de los estudios realizados por Delbue *et al*¹⁴ y Warkentin *et al*,¹⁵ que observaron menor duración de la lactancia materna exclusiva en las madres con nivel escolar bajo, lo que puede explicarse porque a medida que aumenta el nivel instructivo y educacional de estas, es mayor el acceso a la información y los recursos educativos.

Múltiples investigaciones avalan la asociación estadística entre el retorno de la madre al trabajo y el destete precoz.^{16,17} Igualmente, en la práctica diaria, a pesar de los variados esfuerzos y políticas para apoyar y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, muchas madres manifiestan introducir precozmente fórmula artificial con el objetivo de "que no se engría (apegue, obsesione) con el pecho", manifiestan además que "después no se alimentan bien", "no quieren probar otros alimentos". Actualmente, en Cuba, la fuerza laboral femenina constituye un número importante, y la incorporación de estas al estudio y al trabajo es cada vez mayor; sin embargo, existe una amplia brecha entre la preparación o información brindada sobre estos tópicos por el personal de la salud en los diversos escenarios y las nociones erradas de las madres sobre el efecto negativo de la administración de otros alimentos antes de los 6 meses.

En esta casuística, una gran proporción de las madres que no practicaban la lactancia materna exclusiva provenían o pertenecían a familias extensas, por lo que interactuaban con convivientes de generaciones distintas, lo cual permite reflexionar sobre el papel de los familiares en el éxito y durabilidad de este tipo de amamantamiento. Es un hecho, el fuerte patrón cultural que existe en la población cubana favorecedor de la administración precoz de fórmula láctea para los bebés; el criterio de abuelas, suegras, entre otros, es muy respetado y escuchado, pues transmiten sus experiencias vividas en épocas en las que no existían políticas de preconización y apoyo de la lactancia materna exclusiva como fuente única e insuperable de alimentación del lactante menor de 6 meses, todo ello unido a la fácil accesibilidad a las fórmulas como la leche en polvo y las presiones sociales a que se ven expuestas las madres que solo amamantan. Resulta oportuno señalar que en la bibliografía médica consultada no se encontraron estudios que vinculen esta práctica natural con la composición familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(4):340-56.
2. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press No. 7. Geneva: WHO; 2001.
3. Lasarte Velillas JJ, Hernández Aguilar MT. Lactancia Materna. Preguntas más frecuentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(supl17):s405-s414.
4. Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra:OMS; 2002.

5. Gill SL, Reifsnider E, Lucke JF. Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *West J Nurs Res*. 2007;29(6):708-23.
6. Dewey KG, Cohen RJ, Rivera LL, Brown KH. Effects of age of introduction of complementary foods on iron status of breast-fed infants in Honduras. *Am J Clin Nutr*. 1998;67(5):878-84.
7. American Academy of Family Physician (AAFP). Breastfeeding, family physicians supporting (position paper). [citado 20 Dic 2012]. Disponível em: <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html>
8. The Academy of Breastfeeding Medicine. Protocol # 10. Breastfeeding the near-term infant (35 to 37 weeks gestation). [citado 20 Dic 2012]. Disponível em: http://www.breastfeedingmadesimple.com/near_term.pdf
9. Borelli Barbosa M, Palma D, Domene SA, Taddel JA, Ancona Lopez F. Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):272-81.
10. Bartick M, Reyes C. Las dos cosas: an analysis of attitudes of latina women on non-exclusive breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012;7(1):19-24.
11. Silva de Oliveira A, Ribeiro Silva RC, Fiaccone RL, Pinto EJ, Oliveira Assis AM. Effect of length of exclusive breastfeeding and mixed feeding on hemoglobin levels in the first six month of life: a follow-up study. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):409-17.
12. Correa Rancel M, Correa Rancel E, Mendez Mora D, Gimeno Gil A, Correa Ceballos B, Alberto Bettancourt JC. Estudio de comportamiento en lactancia materna. *BSCP Can Ped*. 2007;31(1):49-54.
13. Giuliani NR, Oliveira J, Traebert J, Santos BZ, Bosco VL. Fatores associados ao desmame precoce em maes assistidas por serviços de Puericultura de Florianópolis/SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr Joao Pessoa*. 2011;11(3):417-23.
14. Delbue Bernardi JL, Estevez Jordão R, Barros Filho AA. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev Nutr*. 2009;22(6):867-78.
15. Warkentin S, Viana KJ, Zapana PM, Taddei JAAC. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses em crianças matriculadas em creches públicas e filantrópicas do Município de São Paulo, Brasil. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2012;37(2):105-17.
16. Basptista GH, Andrade AH, Giolo SR. Fatores associados a duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):596-604.

17. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. J Pediatr. 2009; 85(3):201-8.

Recibido: 15 de octubre del 2013.

Aprobado: 25 de noviembre del 2013.

María Dolores Ruiz Silva. Policlínico Universitario "Josué País García", Micro 3, Centro Urbano "Abel Santamaría Cuadrado", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: maria.dolores@medired.scu.sld.cu