

Policlínico “Dr. Manuel Fajardo Rivero”. Playa. La Habana

SOBRE LA LACTANCIA MATERNA Y SU ASOCIACIÓN CON ALGUNAS VARIABLES MATERNO-INFANTILES

Arelis Ferrer García¹, Cecilia de Paula Duardo¹, Dulce María Meireles Delgado¹.

La lactancia materna (LM) es un acto fisiológico, instintivo y específico de cada especie.¹ La LM es, además, un proceso biológico inherente en la crianza y la supervivencia de los mamíferos.² En el ser humano la LM también está determinada por factores socioculturales.³

La LM ha sido la forma de alimentación más segura para el ser humano a lo largo de su historia vital.⁴ La leche materna es la única de su tipo que le asegura al niño durante los primeros años de vida extrauterina una alimentación adecuada, a la vez que le protege de las infecciones, atopias y otras agresiones.⁵ Igualmente, la leche materna le proporciona al niño una oportunidad única para la formación de los lazos afectivos con la madre, constituyendo la base de la seguridad y la independencia futuras del niño.⁶ Basadas en estas propiedades y evidencias, muchas organizaciones supranacionales, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan la LM exclusiva y a libre demanda durante los primeros 6 meses de vida extrauterina; y de forma complementaria hasta que el niño cumpla los 2 años de vida.⁷⁻⁸

Sin embargo, la LM solo beneficia en la actualidad a apenas al 40.0 % de los niños menores de 6 meses de vida.⁹ En Cuba, no

más del 33.0 % de los niños reciben la leche materna como único alimento hasta que cumplen los primeros seis meses de vida, de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados MICS4 conducida por la UNICEF.¹⁰

En el área de salud del Policlínico “Dr. Manuel Fajardo Rivero” (Santa Fe, La Habana, Cuba) la tasa de adherencia a la LM exclusiva y a libre demanda durante los 6 primeros meses de vida extrauterina sigue siendo baja, a pesar de los esfuerzos de los grupos básicos de trabajo (GBT) de los consultorios médicos incluidos en el área de salud, y la Dirección del Policlínico. Estas realidades han motivado la presente investigación sobre los determinantes de la LM en las madres atendidas por los GBT del área de salud. Para ello, se realizó un estudio transversal y analítico entre los meses de Noviembre del 2016 y Diciembre del 2017 con 134 lactantes con edades entre 0 y 6 meses de edad, y que nacieron a término. Fueron excluidos 32 lactantes de la investigación debido a los antecedentes de parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIUR), gemelaridad, malformaciones congénitas de las vías respiratorias y digestivas; y la presencia en la madre de condiciones que impedían la LM, entre ellas las infecciones por VIH y herpes zoster, el uso de agonistas

¹ Médico, Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

dopaminérgicos, antimigrañosos, esteroides, antitiroideos, antibióticos, antidepresivos, y cualquier otro medicamento que pueda vehicularse hacia el niño a través de la leche materna; el consumo de alcohol, drogas y estupefacientes; y las enfermedades neoplásicas.

El modo corriente de la lactancia fue calificado como: *Exclusiva*: si el niño se alimentó sólo del seno materno durante los primeros 6 meses de vida sin la incorporación de otros alimentos; *Artificial*: si recibió otras leches no humanas (naturales y/o artificiales); y *Mixta*: cuando la leche materna fue complementada con otras leches artificiales. También se registraron la ocurrencia en el lactante de episodios de infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA). Las IRA se calificaron ante la presencia de catarro común, faringoamigdalitis, otitis media, bronquiolitis y neumonía. Mientras, las EDA se diagnosticaron ante cualquier cambio en la consistencia de las deposiciones del niño, exceptuando la diarrea transicional del recién nacido.

Por su parte, se recogieron la edad, el nivel de escolaridad y la ocupación de la madre. La edad de la madre se estratificó como sigue: 15 – 19 años, 20 – 24 años, 25 – 29 años, y 30 y más años de edad*. El nivel de escolaridad materno se calificó de acuerdo con el último grado aprobado: Secundaria (se incluyeron las que no concluyeron el preuniversitario), Técnico medio (se incluyeron las que no concluyeron estudios universitarios), Preuniversitaria, y Universitaria. Por último, la ocupación de la madre se denotó como: Ama de casa, Estudiante, y Trabajadora.

Los modos de la lactancia se distribuyeron como sigue: *Exclusiva*: 40.3 %; *Artificial*: 11.2 %; y *Mixta*: 48.5 %; respectivamente. La Tabla 1 muestra las asociaciones entre el modo de la lactancia y las variables maternas. Se observó una tendencia hacia el incremento de la práctica de la lactancia exclusiva con edades mayores de la madre ($\chi^2 = 10.889$; $p = 0.09$). La lactancia exclusiva fue máxima entre las edades 25 – 29 años, como también lo fue la lactancia mixta. Otros autores también han señalado la probable influencia de la edad de la madre en la práctica de la lactancia materna exclusiva, pero mencionan que otras covariables pueden explicar estas influencias.¹¹

Por otra parte, las mujeres con un nivel técnico medio fueron las que mostraron las mayores tasas de los 3 tipos considerados de lactancia. Sin embargo, los modos de la lactancia fueron independientes del nivel de escolaridad de la madre ($\chi^2 = 5.007$; $p > 0.05$). Finalmente, la lactancia exclusiva fue mayor entre las amas de casa, mientras que las lactancias artificial y mixta lo fueron en las estudiantes y las trabajadoras. De forma similar a lo apuntado antes, los modos de la lactancia fueron independientes de la ocupación laboral de la madre ($\chi^2 = 6.904$; $p > 0.05$).

Por su parte, la Tabla 2 muestra las asociaciones entre el modo de la lactancia materna y la ocurrencia de episodios de IRA y EDA. La lactancia exclusiva fue mínima (incluso nula) durante los episodios infantiles de IRA y EDA. De hecho, durante los episodios de EDA se observaron bajas tasas de uso de cualquiera de los tipos considerados de lactancia.

* El pequeño número encontrado de las mujeres con edades ≥ 35 años no aconsejó crear un estrato adicional para este rango etario.

Tabla 1. Asociaciones entre los modos de la lactancia y las características demográficas de la madre. En cada estrato de la característica se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de las madres incluidas en el mismo.

Característica	Tipo de lactancia			Interpretación
	Exclusiva	Artificial	Mixta	
Tamaño	54 [40.3]	15 [11.2]	65 [48.5]	
<i>Edad de la madre</i>				$\chi^2 = 10.889$
• 15 – 19 años	4 [7.4]	2 [13.3]	11 [16.9]	
• 20 – 24 años	10 [18.5]	5 [33.3]	20 [30.8]	
• 25 – 29 años	32 [59.3]	4 [26.6]	29 [44.6]	
• 30 y más años	8 [14.8]	4 [26.6]	5 [7.7]	
<i>Nivel de escolaridad</i>				$\chi^2 = 5.007$
• Secundaria ^α	6 [11.1]	4 [26.6]	13 [20.0]	
• Técnico medio ^β	24 [44.4]	6 [40.0]	30 [46.1]	
• Preuniversitaria	5 [9.3]	2 [13.3]	8 [12.3]	
• Universitaria	19 [35.2]	3 [20.0]	14 [21.5]	
<i>Ocupación de la madre</i>				$\chi^2 = 6.904$
• Ama de casa	27 [50.0]	4 [26.6]	19 [29.2]	
• Estudiante	3 [5.5]	3 [20.0]	17 [26.1]	
• Trabajadora	24 [44.4]	8 [53.2]	29 [44.6]	

^α Se incluyen las que no concluyeron estudios preuniversitarios.

^β Se incluyen las que no concluyeron estudios universitarios.

Todas las asociaciones: $p > 0.05$.

Fuente: Registros del estudio

Tamaño de la serie: 134.

Dada la naturaleza observacional y descriptiva del presente trabajo, no se profundizó en las causas de las asociaciones encontradas. Ninguna de las variables maternas explicó el comportamiento de uno u otro tipo de lactancia, por lo que es probable que otras (que no estaban incluidas en el diseño experimental de la investigación) hayan determinado la baja tasa de uso de la lactancia artificial, como podría ser la disponibilidad de, y el acceso de la madre a, las fórmulas lácteas. Las condiciones que pudieran rodear el acto de la lactancia exclusiva (entre ellas, la ausencia de espacios públicos y laborales donde la madre pueda lactar a su hijo sin inhibiciones ni restricciones) también pudieran inducir a

la mujer a recurrir a prácticas alternativas (como la lactancia mixta) para alimentar a su hijo.¹²⁻¹³ Todo ello es contraproducente por cuanto el Estado y el Gobierno cubanos han adoptado medidas para proteger a la madre trabajadora (como la licencia laboral con salarios protegidos durante los primeros 45 días de vida del niño, prorrogable hasta el año de vida) para garantizar la práctica de la LM, y con ello, y mediante ello, la propia salud del niño.

Tabla 2. Asociaciones entre los modos de la lactancia y la ocurrencia de eventos infecciosos agudos en el recién nacido. En cada estrato de la característica se muestran el número y [entre corchetes] el porcentaje de las madres incluidas en el mismo.

Característica	Tipo de lactancia			Interpretación
	Exclusiva	Artificial	Mixta	
Tamaño	54 [40.3]	15 [11.2]	65 [48.5]	
<i>Episodios de IRA</i>				$\chi^2 = 15.607^{\dagger}$
• Presentes	15 [27.8]	9 [60.0]	41 [63.1]	
• Ausentes	39 [72.2]	6 [40.0]	24 [36.9]	
<i>Episodios de EDA</i>				$\chi^2 = 15.576^{\dagger}$
• Presentes	0 [0.0]	5 [33.3]	12 [18.5]	
• Ausentes	54 [100.0]	10 [66.7]	53 [81.5]	

Fuente: Registros del estudio

Tamaño de la serie: 134.

$^{\dagger}p < 0.05$.

El entorno familiar también podría influir en el tipo de lactancia, y se observó que las madres que se desempeñan como amas de casa mostrarían las mayores tasas de la lactancia exclusiva posiblemente por la existencia de una red familiar y comunitaria de apoyo a la madre lactante,¹⁴⁻¹⁵ red que no operaría en los casos de las madres estudiantes y/o trabajadoras.

La LME fue mayor entre los niños sin episodios de IRA (LME: *IRA Ausente*: 72.2 % vs. *IRA Presente*: 27.8 %), mientras que la lactancia mixta se concentró entre aquellos con IRA (Lactancia mixta: *IRA Presente*: 63.1 % vs. *IRA Ausente*: 36.9 %; $\chi^2 = 15.607$; $p < 0.05$; test de homogeneidad basado en la distribución ji-cuadrado).

En contraste con lo observado con las IRA, la lactancia (en cualquiera de sus modos) fue mínima durante los episodios de EDA ($\chi^2 = 15.576$; $p < 0.05$; test de homogeneidad basado en la distribución ji-cuadrado). Todos los expertos y agencias especializadas convergen en recomendar que la LME es la primera intervención alimentaria en el recién nacido cuando éste enferma,¹⁶⁻¹⁷ y mucho más cuando sufre episodios diarreicos agudos.¹⁸⁻¹⁹ La leche

materna puede ser un vehículo excelente para la transferencia pasiva de anticuerpos maternos para que el recién nacido enfrente mejor los cuadros infecciosos.²⁰⁻²² Es probable entonces que las madres decidan suspender la lactancia (incluida la exclusiva) durante los episodios diarreicos ante el (percibido) efecto nocivo de la leche en respuesta a sugerencias y recomendaciones emitidas por actores (sanitarios y no) sin apego a las evidencias acumuladas sobre los beneficios de la leche materna. Por el contrario, el aumento en la práctica de la lactancia mixta durante las IRA apuntaría hacia acciones de la madre para aumentar los aportes de nutrientes para enfrentar estos episodios agudos y/o abandonar la lactancia exclusiva por considerar que agravaría la dificultad respiratoria del niño.

Concluyendo, la lactancia mixta que combina la leche humana con otras leches no humanas y/o artificiales fue el modo prevalente entre las mujeres atendidas en un área de salud de la ciudad de La Habana. Los modos de la lactancia fueron independientes de la edad de la madre, el nivel de escolaridad y la ocupación laboral. La

lactancia exclusiva fue mínima durante los episodios de IRA, pero nula durante la EDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lonstein JS, Lévy F, Fleming AS. Common and divergent psychobiological mechanisms underlying maternal behaviors in non-human and human mammals. *Horm Behav* 2015;73:156-85.
2. Raju TN. Breastfeeding is a dynamic biological process- Not simply a meal at the breast. *Breast Med* 2011;6:257-9.
3. Volk A. Human breastfeeding is not automatic: Why that's so and what it means for human evolution. *Evol Behav Sci* 2009;3:305-14.
4. Tomori C, Palmquist AE, Quinn EA. Breastfeeding: New anthropological approaches. Routledge. New York: 2017.
5. Andreas NJ, Kampmann B, Le-Doare KM. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum Dev* 2015;91:629-35.
6. Altaweli R, Roberts J. Maternal-infant bonding: A concept analysis. *Brit J Midwife* 2010;18:552-9.
7. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: 2001.
8. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD003517.
9. Zakarija-Grković I, Šegvić O, Vučković D, Vukušić A, Lozančić T, Božinović T; *et al.* Predictors of suboptimal breastfeeding: An opportunity for public health interventions. *Eur J Public Health* 2016;26:282-9.
10. Calderín AC, Sánchez MED, Valdés XP. Prevalence of Breastfeeding Practices Among Cuban Women in 2014. *Int J Sci Qualit Analys* 2017;3(3):31-6. Disponible en: <http://doi:10.11648/j.ijsqa.20170303.12>.
11. Kitano N, Nomura K, Kido M, Murakami K, Ohkubo T, Ueno M, Sugimoto M. Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Prev Med Rep* 2016;3:121-6.
12. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G; *et al.* Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients* 2018;10(1):48-48. Disponible en: <http://doi:10.3390/nu10010048>. Fecha de última visita: 16 de Noviembre del 2019.
13. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* 2012;83:161-9.
14. Ekambaram M, Bhat B, Ahamed MAP. Knowledge, attitude and practice of breastfeeding among postnatal mothers. *Curr Pediatr Res* 2010;14:119-24.
15. Kornides M, Kitsantas P. Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *J Child Health Care* 2013;17:264-73.
16. Libster R, Hortonedá JB, Laham FR, Casellas JM, Israele V, Polack NR; *et al.* Breastfeeding prevents severe disease in full term female infants with acute respiratory infection. *Pediatr Infect Dis J* 2009;28:131-4.
17. Raheem RA, Binns CW, Chih HJ. Protective effects of breastfeeding against acute respiratory tract infections and diarrhoea: Findings of a cohort study. *J Paediatr Child Health* 2017;53:271-6.
18. Macías Carrillo C, Franco Marina F, Long Dunlap K, Hernández Gaytán SI; *et al.* Lactancia materna y diarrea aguda en los primeros tres meses de vida. *Salud Pública Méx* 2005;47(1):0-0. Disponible en: <http://www.insp.mx/salud/47/eng>. Fecha de última visita: 16 de Noviembre del 2019.

- de última visita: 17 de Noviembre del 2019.
19. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* 2011;11: 1-12.
 20. Verhasselt V. Is infant immunization by breastfeeding possible? *Phil Transact Royal Soc B Biol Sci* 2015;370(1671): 20140139. Disponible en: <http://doi:10.1098/rstb.2014.0139>. Fecha de última visita: 17 de Noviembre del 2019.
 21. Hanson LÅ, Korotkova M, Lundin S, Håversen L, Silfverdal SA, Mattsby-Baltzer I; *et al.* The transfer of immunity from mother to child. *Ann NY Acad Sci* 2003;987:199-206.
 22. Hurley WL. Immunoglobulins in mammary secretions. En: *Advanced Dairy Chemistry- Proteins*. Springer. Boston [MA]: 2003. pp 421-447.
 23. Abuidhail J, Al-Shudiefat AA, Darwish M. Alterations of immunoglobulin G and immunoglobulin M levels in the breast milk of mothers with exclusive breastfeeding compared to mothers with non-exclusive breastfeeding during 6 months postpartum: The Jordanian cohort study. *Am J Hum Biol* 2019;31(1):e23197- e23197. Disponible en: <http://doi:10.1002/ajhb.23197>. Fecha de última visita: 18 de Noviembre del 2019.