

Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida

Educational intervention in breastfeeding in the first six months of life

Remigio Rafael Gorrita Pérez,^I Daylin Brito Linares,^{II} Elisa Ruiz Hernández^{III}

^IPoliclínico Universitario "Rafael Echezarreta Mulkay". Mayabeque, Cuba.

^{II}Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima". Mayabeque, Cuba.

^{III}Hospital General Docente "Leopoldito Martínez". Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la utilización de la leche humana como alimento en el primer semestre de vida no alcanza aún los resultados que se esperan.

Objetivo: determinar el efecto de una intervención educativa sobre la lactancia materna en los primeros 6 meses en dos grupos de niños.

Métodos: se realizó un estudio analítico y prospectivo de grupos y controles después de una intervención educativa en las gestantes, en el Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las Lajas. Se conformaron dos grupos homogéneos de 67 madres y sus hijos, uno capacitado; y otro control, no capacitado. Se exploraron: tiempo de lactancia, causas de abandono, morbilidad, pesos y tallas al nacer, a los 3 y 6 meses. La información se procesó por el paquete estadístico *Microstat*. Se utilizó la dócima X^2 . Si existían diferencias significativas se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncan.

Resultados: las madres capacitadas lactaron de forma exclusiva mayoritariamente de 4 a 6 meses, y las no capacitadas de 1 a 3. En el grupo control hubo mayor frecuencia de procesos mórbidos, ingresos y utilización de antibióticos. En el grupo de estudio se alcanzaron los mejores percentiles de pesos para la edad y pesos para la talla.

Conclusiones: la intervención educativa resulta efectiva; se alcanzan mejores tiempos de lactancia materna exclusiva, menor morbilidad y mayores percentiles de peso y talla para la edad, en el grupo intervenido.

Palabras clave: lactancia materna; estudios de intervención; morbilidad; nutrición del lactante.

ABSTRACT

Introduction: use of human milk as food in the first six months of life does not reach the expected results yet.

Objective: to determine the effect of an educational intervention on breastfeeding in the first six months of life in two groups of children.

Methods: prospective, analytical case-control study was conducted after an educational intervention involving pregnant women from "Luis Augusto Turcios Lima" polyclinics in San José de las Lajas. Two homogeneous groups of 67 mothers and their children, one trained and the other untrained control, were created. The study variables were length of breastfeeding, causes of breastfeeding cessation, morbidity, weight and size at birth after 3 and 6 months. Microstat statistical package allowed processing the whole information. Statistic X² was used. In case of significant differences, then Duncan's multiple comparison statistic was applied.

Results: the mothers in the trained group exclusively breastfed their infants mostly for 4 to 6 months whereas the untrained ones did it for 1 to 3 months. In the control group, morbid processes, hospitalizations and use of antibiotics were more common. The study group reached the best percentiles of weight-to-age and weight-to-height.

Conclusions: the educational intervention proved to be effective since longer length of exclusive breastfeeding, less morbidity and higher percentiles of weight and height for age were reached in the study group.

Keywords: breastfeeding; intervention studies; morbidity; nutrition of infant.

INTRODUCCIÓN

Aunque no se han descifrado todas sus propiedades, la superioridad de la leche de mujer en la alimentación infantil es incuestionable. Están perfectamente establecidas las ventajas de ofrecer lactancia materna (LM) desde la primera media hora después del parto, y continuar con esta, de forma exclusiva (LME), durante los 6 primeros meses de vida. Existen políticas precisas de la OMS y la Unicef que también proponen continuar a partir de ese momento con lactancia materna complementada (LMC), al menos hasta los 2 años. A partir de ese momento la LM podría mantenerse hasta que el niño y la madre lo decidan.¹⁻⁵

Muy a pesar de estos esfuerzos los resultados en la utilización de la LM aún son reiteradamente insuficientes en la generalidad de los escenarios, privación que repercute, según se ha demostrado, en incrementos de la morbilidad y mortalidad en las primeras etapas de la vida, y aún en la salud de individuo en la adultez.¹⁻³

La OMS ha expuesto que "la nutrición deficiente en niños menores de 5 años aumenta el riesgo de padecer enfermedades y es responsable directa o indirectamente de un tercio de las 9,5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006. Así mismo, ha considerado que las prácticas inadecuadas de LM, especialmente la no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1,4 millones de muertes y el 10 % de la 'carga' de enfermedades entre los niños menores de 5 años.^{1,3,4}

Es conocido que alrededor del 90 % de las mujeres en los países en desarrollo amamantan a sus hijos después del parto. En Asia y África el porcentaje es un poco

mayor que en America Latina y el Caribe (85 %), y la lactancia natural se extiende hasta los 6 meses en el 70 % de los niños asiáticos y africanos. En cambio, en America Latina y el Caribe, la lactancia dura de 2 a 5 meses como promedio, y solo de 35 a 60 % sigue recibéndola a los 6 meses.³

En la tercera versión de la Encuesta por Conglomerados Múltiples realizada en Cuba (2010-2011), el 77 % de los recién nacidos recibieron LM dentro de la primera hora de vida, y el 90 % en el primer día, pero solo el 49 % recibieron LME hasta el 6to. mes. La región oriental del país fue la más beneficiada, con el 58,7 % en esa modalidad de lactancia, y los de peores resultados estuvieron en las provincias centrales, con el 29,6 %. De forma tal vez no esperada, las madres con mayor nivel escolar brindaron LME en 45,1 % de los casos, mientras aquellas con nivel de secundaria lo lograron en 58,7 % en ese tiempo. Esta diferencia se hizo más notable con los meses, cuando las madres con nivel de secundaria lograron 42,8 % de LM y las de nivel superior solo en 19,1 %.^{4,5} Debe pensarse entonces que son múltiples, y totalmente no estudiados los factores que aún inciden en que no se logre una LM exitosa.

Este problema se ha tratado desde diferentes puntos de vista, y buscado disímiles factores socioeconómicos que pudieran, de una u otra forma, vincularse con la no utilización de la LM, y se han realizado desde diferentes puntos de vista intervenciones para mejorar sus niveles.⁶⁻⁹ *Gorrita* y otros estudiaron recientemente la estrecha relación existente entre los niveles de estrés y ansiedad en las madres, y el éxito de la lactancia materna.⁹

Otras investigaciones han hecho énfasis en el nivel de conocimientos que las madres poseen con respecto a la utilización de la LM, y centrado sus esfuerzos en diferentes intervenciones de capacitación, y evaluado los conocimientos de estas sobre la LM, sus ventajas y su técnica.^{7,8} Los autores del estudio, a partir de una intervención educativa realizada previamente sobre la LM en las gestantes en el tercer trimestre de embarazo,¹⁰ compararon los niveles alcanzados en la LM y su repercusión en diferentes aspectos de la morbilidad y del estado nutricional de los lactantes en sus primeros 6 meses de vida.

MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico y prospectivo de grupos y controles, de los lactantes en el primer semestre de vida en el Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las Lajas, en la provincia de Mayabeque. Se conformaron dos grupos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión: grupo 1: 67 madres en las que se habían investigado durante el tercer trimestre del embarazo los conocimientos sobre LM, y sobre las que se había desarrollado previamente una intervención educativa, y sus hijos, nacidos vivos entre agosto y diciembre de 2010; y el grupo 2: (control) similar en número, de la misma área de salud, con la misma composición sociodemográfica, que no recibieron la capacitación, y sus nacidos vivos entre los meses de junio de 2010 a febrero de 2011.

Como criterios de inclusión para el grupo 1 se establecieron los siguientes:

- Nacidos vivos, entre agosto y diciembre de 2010, e hijos de las gestantes que participaron en la intervención educativa.
- Consentimiento informado de las madres para participar en el estudio.

- Ausencia de malformaciones congénitas o enfermedades crónicas.
- Peso al nacer entre 2 500 y 3 999 g.
- Continuar residiendo en la misma área de salud.

Para el grupo 2 (control) se tomaron los criterios siguientes:

- Nacidos vivos en el período de junio de 2010 a febrero de 2011.
- Pertener o residir en el área de salud del mismo policlínico.
- Consentimiento informado de las madres para participar en el estudio.
- Ausencia de malformaciones congénitas o enfermedades crónicas.
- Peso al nacer entre 2 500 y 3 999 g.
- Que sus madres no recibieran la capacitación por parte de los autores.

Los criterios de exclusión adoptados para ambos grupos fueron:

- Negación a participar en la investigación.
- Residencia temporal en el área de salud.
- Residencia fuera del área de salud.
- Madre con retraso mental u otra enfermedad con discapacidad psíquica.
- Lactante con malformaciones congénitas o enfermedades crónicas.
- Peso al nacer inferior a 2 500, o mayor o igual a 4 000 g.

Se les aplicó una planilla (anexo), diseñada según criterios de expertos, y avalada por el consejo científico de la institución, cuya información se tomó de las entrevistas a las madres, la revisión de las historias clínicas individuales y familiares. La totalidad de los niños se evaluaron al nacer, a los 3 y 6 meses, y se obtuvieron los indicadores antropométricos siguientes:

- Peso (P): se midió en una balanza técnica de $\pm 0,01$ kg de precisión. Los resultados se expresaron en g.

- Talla (T): la longitud supina se midió mediante un infantómetro. Los resultados se expresaron en cm.

Para valorar el progreso del crecimiento de cada niño desde su nacimiento, se analizaron los percentiles: peso para la edad (P/E) y talla para la edad (T/E), según las Tablas Antropométricas Cubanas.¹⁰ Se compararon los percentiles de ambos grupos.

Se cuantificaron a través de las encuestas y de las historias clínicas individuales los procesos mórbidos, así como los ingresos hospitalarios de estos pacientes en sus primeros 6 meses de vida. Se contó con la colaboración de médicos y enfermeras de los consultorios implicados. Se consideraron las variables siguientes:

- Tipo de lactancia recibida cada mes en los primeros 6 meses:
 - LME, artificial (LA), mixta (LMX), LMC, artificial complementada (LAC) y mixta complementada (LMXC).
- Causas (referidas por la madre) para el abandono de la lactancia en el primer semestre:
 - El bebé no se llena, no aumenta de peso, llora mucho, rechaza el pecho, o por enfermedad (especificar).
 - La madre no tiene suficiente leche, presenta o refiere alguna enfermedad o defecto anatómico (especificar), tiene que trabajar, tiene que estudiar, tiene que atender otro familiar, no desea dar el pecho, desfigura el cuerpo y los senos, no tiene tiempo para la lactancia.
 - Por consejo o recomendación médica o de otro profesional.
 - La leche de vaca y la leche en polvo ponen al niño más hermoso.
 - El niño debe adaptarse temprano a la leche que después tiene que tomar.
 - Porque después no quiere tomar otro alimento.

Aspectos relacionados con la morbilidad de los lactantes durante el primer semestre de vida:

- Enfermedades (número de episodios):
 - Infecciones respiratorias agudas (IRA), infección del tracto urinario (ITU), enfermedades diarreicas agudas (EDA), episodios de sibilancias, piodermitis, malnutrición por defecto, malnutrición por exceso o anemia.
- Número de ingresos hospitalarios del niño, y causas hasta los 6 meses de edad.
- Número de veces que recibió antibióticos hasta los 6 meses de edad.
- Peso al nacer, a los 3 y 6 meses, e índices antropométricos: < 3 percentil, entre 3 y 10 percentil, entre 10 y 90 percentil, entre 90 y 97 percentil y > 97 percentil.
- Talla al nacer, a los 3 y 6 meses e índices antropométricos: < 3 percentil, entre 3 y 10 percentil, entre 10 y 90 percentil, entre 90 y 97 percentil y > 97 percentil.

El procesamiento de la información se realizó por medio del paquete estadístico *Microstat*. El estadígrafo de comparación fue el porcentaje. El análisis estadístico de

los porcentajes, se realizó mediante la prueba chi cuadrado (X^2), y en los casos en que se alcanzaron diferencias significativas ($p < 0,05$, $p < 0,01$ o $p < 0,001$) se aplicó la dócima de comparación múltiple de Duncan. Se utilizó el *software* estadístico InfoStat (V 1.0) para su procesamiento.

RESULTADOS

Las madres de los grupos 1 (estudio) y 2 (control) fueron analizadas en relación con la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil, el tipo de familia, la paridad y el tiempo de lactancia en los hijos previos; y ambos grupos mostraron características sociodemográficas y ontogénicas similares, sin que existieran diferencias significativas.

El tiempo que los niños de ambos grupos recibieron LME se muestra en la tabla 1. En el grupo 1, 33 madres lactaron a sus hijos de 4 a 5 meses (49,25 %), seguidas por 19 que lactaron por 6 meses (28,36 %). En el grupo 2, 28 madres (41,79 %) lactaron de 1 a 3 meses, seguido por 21 que lo hicieron de 4 a 5 meses (31,34 %), y solo 11, por 6 meses (16,42 %). Se obtuvo una diferencia significativa de $p < 0,01$ entre los resultados alcanzados en ambos grupos.

Tabla 1. Tiempo de lactancia materna exclusiva (LME) recibida después de una intervención educativa en ambos grupos de estudio

Tiempo de LME (en meses)	Grupo 1	%	Grupo 2	%
< 1	3	4,48 ^d	7	10,45 ^c
1 a 3	12	17,91 ^c	28	41,79 ^a
4 a 5	33	49,25 ^a	21	31,34 ^b
6	19	28,36 ^b	11	16,42 ^c
EE y sign	-	± 5,29*	-	-
Total	67	100,00	67	100,00

EE: error estándar, sign: significación estadística.

* $p < 0,01$.

^{a, b, c y d}: superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan.

En ambos grupos, según se expresa en la tabla 2, la causa más frecuente para el abandono de la LME antes de los 6 meses fue que "no se llenaba el niño" (27,08 % en grupo 1 y 26,79 % en el grupo 2), seguida en el grupo 1 de "porque no dormía" (20,83 %), "lloraba mucho" (16,67 %), "para poder comenzar a estudiar y trabajar" (12,5 %) y "por enfermedad materna o defecto mamario" (8,33 %). En el grupo 2 la segunda causa fue "porque lloraba mucho" (21,43 %), seguida de "porque no dormía" (16,07 %), mientras que "por enfermedad materna o defecto mamario" y "porque no tenían suficiente leche en los senos", representan 12,5 % cada una. Con respecto a las causas de abandono de la LM no se obtuvieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 2. Causas referidas para el abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) antes de los 6 meses en ambos grupos de estudio

Causa del abandono	Grupo 1	%	Grupo 2	%
No se llenaba	13	27,08	15	26,79
El bebé no aumenta de peso	1	2,08	-	-
No tenía suficiente leche en los senos	5	10,42	7	12,50
El bebé rechazaba el pecho	-	-	2	3,57
Enfermedad materna o defecto anatómico	4	8,33	7	12,50
Comenzar a estudiar o trabajar	6	12,50	4	7,14
Consejo médico o de otro profesional	1	2,08	-	-
Lloraba mucho	8	16,67	12	21,43
No dormía	10	20,83	9	16,07
EE y sign	± 4,54, NS			
Total	48	100,00	56	100,00

EE: error estándar, sign: significación estadística.
 $p < 0,001$, NS $p > 0,05$.

En la tabla 3 se exponen los diferentes eventos clínicos identificados en ambos grupos de lactantes, en los 6 primeros meses de vida. Los enfermos por IRA y por EDA fueron los más frecuentes en ambos grupos, pero este aspecto no fue significativo en ninguna de las entidades. Sin embargo, cuando se analizan el número de episodios de cada situación en cada grupo, en el 1, hubo una incidencia de episodios de IRA y EDA de 40,30 y 16,42 % respectivamente; y en el grupo 2, de 58,21 % de IRA y de 38,81 % de EDA. También fueron más frecuentes los ingresos hospitalarios y el uso de antibióticos en el grupo 2 con 31,34 % de los primeros y 29,85 % de los segundos, contra 16,42 % de ingresos hospitalarios y 17,91 % de uso de antibióticos en el grupo 1. Aunque en todas las enfermedades, en los ingresos y en el uso de antibióticos, estos fueron más frecuentes en los niños del grupo 2, que no recibieron la intervención, solo se demostraron diferencias significativas entre ambos grupos en el número de episodios de las IRA ($p < 0,05$), de las EDA ($p < 0,01$) y en el número de ingresos hospitalarios ($p < 0,05$).

En el grupo 1, a los 3 meses, el 82,1 % de los niños estuvo con respecto al P/E entre el 25 y 90 percentil; y el grupo 2, el 68,7 % en esos percentiles, según se muestra en la tabla 4. A los 6 meses el 80,6 % de los lactantes del grupo 1 se mantuvo en esos percentiles, pero en el grupo 2 solo el 44,8 % estuvo dentro de este rango. A los 6 meses, en el grupo 1 (intervenido) exhibieron mejores percentiles, con una diferencia estadísticamente muy significativa ($p < 0,001$). El único paciente por debajo del 3 percentil perteneció al grupo 2. Los niños del grupo 2, tanto a los 3 como a los 6 meses, tuvieron un mayor por ciento de casos por encima del 97 percentil (10,4 y 13,4 % respectivamente), con una diferencia significativa ($p < 0,01$).

Según se observa en la tabla 5, a los 3 meses el 67,2 % de los lactantes del grupo 1 alcanzó tallas superiores al 50 percentil, y en el grupo 2 el 53,7 % estaba por encima de ese rango de percentiles. Para los 6 meses, en el grupo 1, el 64,2 % se mantenía por encima del 50 percentil, mientras que solo el 32,8 % del grupo 2 se mantuvo dentro de esos percentiles, con una diferencia muy significativa ($p < 0,001$). El único paciente con talla por debajo del tercer percentil se encontró en el grupo 2.

Tabla 3. Distribución eventos clínicos identificados en los lactantes en los primeros seis meses de vida en ambos grupos de estudio

Enfermedad	No. de enfermos grupo 1	%	No. de enfermos grupo 2	%	EE y sign	No. de episodios grupo 1	%	No. de episodios grupo 2	%	EE y sign
IRA	21	31,34	24	40,30	± 5,9 NS	27	40,30 ^b	39	58,21 ^a	± 6,1 *
EDA	8	11,94	16	23,90	± 4,7 NS	11	16,42 ^b	26	38,81 ^a	± 5,5 **
ITU	3	4,48	4	5,97	± 2,7 NS	3	4,48	5	7,46	± 2,9 NS
Piodermatitis	4	5,97	8	11,94	± 3,5 NS	6	8,96	10	14,93	± 4,0 NS
Desnutrido por defecto	-	-	1	1,49	± 1,0 NS	-	-	1	1,49	± 1,0 NS
Obesidad	1	1,49	4	5,97	± 2,3 NS	1	1,49	4	5,97	± 2,3 NS
Anemia	3	4,48	6	8,96	± 3,1 NS	3	4,48	7	10,45	± 3,2 NS
Ingresos	9	13,43	15	22,39	± 4,7 NS	11	16,42 ^b	21	31,34 ^a	± 5,2 *
Uso de antibióticos	10	14,93	14	20,90	± 4,7 NS	12	17,91	20	29,85	± 5,2 NS
Episodios de sibilancias	5	7,46	11	16,42	± 4,0 NS	9	13,43	18	26,87	± 4,9 NS

IRA: infecciones respiratorias agudas, EDA: enfermedades diarreicas agudas, ITU: infección del tracto urinario, EE: error estándar, sign: significación estadística.

*p < 0,05, **p < 0,01, NS p > 0,05.

^a y ^b: superíndices diferentes indican diferencias significativas según Duncan.

DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la LM se ha transformado en un importante indicador que refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. En este sentido la OMS estima que podría salvarse en el mundo una importante cifra de vidas infantiles al año, si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche humana a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida.^{1,2}

La comunicación cara a cara, a través de la palabra, constituye uno de los momentos de la actividad humana que mejor permite incorporar factores culturales. Se puede afirmar que lo más aconsejable es alentar en cada encuentro de los profesionales con las madres antes y después del nacimiento del bebé, sobre todos los pormenores y detalles del amamantamiento.³⁻⁵

Como los autores esperaban, el grupo que fue partícipe de la intervención obtuvo tiempos de LME superiores a los del grupo control. Mas de las ¾ partes de los hijos de madres que recibieron la capacitación, disfrutaron de LME por más de 4 meses, lo cual avala la efectividad de la intervención educativa realizada. Otras intervenciones educativas —cada una con sus características— han logrado resultados positivos con respecto a conocimientos obtenidos sobre lactancia y su tiempo de utilización.^{6,11,12}

Batista Bazán y otros, en 2010, obtuvieron mejores resultados con su intervención, porque lograron 90,1 % de LME hasta los 6 meses,⁶ cifra similar a la obtenida por *Estrada Rodríguez*, en el mismo año, en Camagüey.¹¹ Por el contrario, *Monsalve Paredes*, en Chile, en 2012, realizó una intervención sobre LME que demostró ser menos efectiva.¹²

Hay un aspecto que se debe considerar al evaluar el resultado de una intervención de este tipo y comparar sus resultados. En muchas investigaciones la evaluación posintervención solo se limita a un cuestionario de preguntas, que pueden ser más o

menos exhaustivas o numerosas. Otras, lo hacen a partir de los resultados de la lactancia después de la intervención, como es el caso de esta, y por esa circunstancia los resultados no son absolutamente comparables.

En ambos grupos del estudio las causas referidas para el abandono de la LME fueron similares, lo que coincide con otras referencias.¹³⁻¹⁵ A pesar de la intervención, no se logró que las madres se guiaran por la ganancia de peso de sus hijos como un elemento importante para decidir la interrupción o no de la LME. Sin embargo, *Pérez Calleja* obtuvo que el 66,6 % de las mujeres que participaron en su estudio e interrumpieron la LME antes de los 6 meses, lo hicieron "porque el bebé no aumentaba de peso".⁷ Estos resultados hacen pensar en la necesidad de otras consideraciones en los tratamientos de la promoción de la LM.

La hipogalactia constituye una sensación subjetiva, en la mayoría de las oportunidades expresada por la madre, como que el niño tiene hambre, no se llena, no duerme, llora mucho, o que la madre no tiene leche en los senos, y no es imposible de modificar. En pocas ocasiones logra constatarse por el personal de la salud, y el niño tiene un adecuado estado de salud e incremento de peso, por lo que no está justificado interrumpir o suplementar la LM con otros alimentos como lamentablemente frecuentemente se hace.¹⁻³

González de Cosío y otros, en 2013, obtuvieron como causa más frecuente la categoría "no tuvo leche, el bebé no se llenaba, lecha delgada, leche no sirve";¹³ a diferencia de autores, como *López* y otros, en Medellín, que plantearon las actividades y ocupaciones maternas, en segundo lugar, y en tercero identificaron la enfermedad materna y que el hijo "no quiso el pecho".³ *Pino* y otros, en una localidad rural de Chile, también en 2013, obtuvieron como causas fundamentales de abandono de la LM, además de la hipogalactia, la enfermedad materna.¹⁴

Gamboa y otros, en Colombia, en 2008, al referirse a los factores que desmotivaron a las madres con respecto a la utilización de la LM identificaron: por dolor en las mamas (38,5 %), por el escaso tiempo (28,1 %), por la dedicación que requiere (28,1 %), por tener que cuidar otros hijos pequeños (24,0 %), por pena (16,7 %), por tener que realizar múltiples oficios en el hogar (16,7 %), por consejos de familiares (15,6 %), y por celos del esposo frente al nuevo bebé lactante (10,4 %).¹⁵

Como se observa en unos y otros estudios y países se reiteran los motivos o justificaciones para no lactar o interrumpir la lactancia, pero en ninguno de ellos se plantea como elemento fundamental los problemas de salud del niño. El eje de la LM exitosa está en la madre, sus conocimientos al respecto, su convicción para lograrlo y el medio familiar y social que la rodea.

En diversas publicaciones han sido señaladas las consecuencias negativas del abandono temprano de la LM desde puntos de vista nutricionales, inmunológicos, psicológicos, epidemiológicos y económicos.¹⁶⁻¹⁹ La OMS, basada en diferentes evidencias, estima que entre 1,30 y 1,45 millones de muertes infantiles pudieran ser prevenidas cada año con adecuadas prácticas de LM, y expone los resultados de 10 países seleccionados donde solo se obtiene LME con cifras que oscilan entre el 30 y 67 %.¹

Cobra gran interés lo informado en la literatura internacional en relación con la función que desempeña la lactancia natural en la disminución de la morbilidad por EDA. Es conocido por todos que las diarreas están asociadas a los malos hábitos de higiene, deficiente calidad del agua de consumo, y otros factores relacionados con el medio ambiente. Como la leche materna se ingiere de forma directa, sin manipulación

previa que pudiera contaminarla, se espera que mientras el niño sea alimentado exclusivamente con ella, la frecuencia de diarrea sea inferior a la que se produce en niños alimentados de otra forma.¹⁶⁻¹⁸

Las IRA y las EDA fueron las enfermedades más frecuentes en ambos grupos, con una y otra mayor incidencia en el grupo 2, que fueron los no intervenidos y que menos lactaron. También fueron más frecuentes los ingresos y el uso de antibióticos en ese grupo, por lo que son evidencias fehacientes la eficacia de la intervención realizada. Estos resultados con respecto a la morbilidad y su asociación con la inadecuada utilización de LM, fueron coincidentes con otras referencias consultadas.¹⁶⁻¹⁸

Villalón Artirez y otros, en Cuba, en 2012, encontraron como factores de riesgo más frecuentes para el estado de salud de niños de 4 meses a un año de edad, la sustitución de LM por la artificial, las IRA y la anemia.¹⁶ *Pérez Sánchez* y otros, también en Cuba, en 2011, identificaron como factor de riesgo frecuente en las IRA, la lactancia materna no efectiva o la no utilización de LM.¹⁷ *Fuentes Díaz* y otros, en 2008, se sumaron a los que han encontrado como factor de riesgo para las EDA la no utilización LME en el menor de 5 años.¹⁸

Los niños del grupo 1, intervenidos y con mejores cifras de LM, alcanzaron mejores percentiles de peso para la edad y talla, que el grupo 2. El único paciente por debajo del 3 percentil pertenecía al grupo 2; resultados estos semejantes a los de otras referencias consultadas, que relacionan aquellos con LM efectiva y el normopeso, y la desnutrición y/o los bajos percentiles de peso y talla, con la LME de corta duración, o con las prácticas inadecuadas de LM.^{16,18-20}

Basain Valdés y otros, en una reciente publicación, demostraron que el 81 % de los lactantes que abandonaron precozmente la LME presentó malnutrición, y el 74 % hipertrigliceridemia.¹⁹ Un estudio realizado por médicos cubanos en Timor-Leste plantea la alta frecuencia de desnutrición proteico energética de esos niños, pero la asocian, paradójicamente, a la LME prolongada después de los 6 meses.²⁰ Es opinión de los autores que deben estudiarse otros aspectos, que tal vez en países como Timor-Leste, expliquen ese fenómeno.

Los lactantes del grupo 2 también mostraron un predominio de evaluados como posiblemente obesos. Varios autores han expresado que la no utilización —o el limitado tiempo de duración de la LM— también constituyen un riesgo para la obesidad. Cada vez son más los estudios en los que se expone que, las trasgresiones alimentarias durante el primer año de vida, principalmente durante el período de LM, se asocian con el desarrollo de sobrepeso u obesidad en edades posteriores.^{19,20} En la mayoría de esas investigaciones se encuentra una relación inversa entre la duración de la LM y la presencia de exceso de peso (sobrepeso u obesidad) en niños y jóvenes.^{19,20} Los resultados desde el punto de vista nutricional de los niños lactados por más tiempo, son un elemento más para la evaluación positiva de la intervención educativa realizada sobre la utilización de la LM.

Se concluye que la intervención educativa en gestantes en su tercer trimestre de gestación sobre LM resulta efectiva, pues se alcanzan mejores tiempos de LME, menor morbilidad y mayores percentiles de peso y talla para la edad en el grupo intervenido con respecto al grupo control.

Anexo

Proyecto de investigación sobre lactancia materna

Nombre y apellidos del lactante: _____

CMF: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Características maternas

Marque con una X:

1. Edad (en años): < de 19: _____ De 20 a 34: _____ 35 y más: _____

2. Nivel de escolaridad: Primaria: _____ Secundaria básica: _____ Técnico medio o preuniversitario: _____ Universitario: _____

3. Situación conyugal: Soltera: _____ Casada: _____ Viuda: _____ Unión consensual: _____

4. Constitución del núcleo familiar: Esposo o pareja: _____ Padre: _____ Suegro: _____ Hijos: _____ Madre: _____ Suegra: _____ Abuelos: _____ Hermanos: _____ Tíos: _____ Otros: _____

5. Número de hijos anteriores: _____ ¿A cuántos brindó lactancia materna exclusiva? _____ y durante qué tiempo: menos de 1 mes: _____ De 1 a 4 meses: _____ De 4 a 6 meses: _____ Más de 6 meses: _____

6. Tiempo de lactancia materna exclusiva al hijo actual

Menos de un mes	Un mes	Dos meses	Tres meses	Cuatro meses	Cinco meses	Seis meses	Más de seis meses

7. Causas del abandono de la lactancia materna:

_____ No se llenaba

_____ El bebé no aumenta de peso

_____ No tenía suficiente leche en los senos

_____ El bebé rechazaba o no quería coger el pecho

_____ Por alguna enfermedad del bebé (especificar)

- ____ Por enfermedad materna o defecto anatómico (especificar)
- ____ Comenzar a estudiar o trabajar
- ____ Tiene que atender otro familiar
- ____ No desea dar el pecho
- ____ Consejo médico o de otro profesional
- ____ Lloraba mucho
- ____ Para que me dejara dormir por las noches
- ____ La leche de vaca y la evaporada ponen al niño más hermoso
- ____ Para que se adapte temprano a la leche que después tiene que tomar siempre
- ____ Porque después no quiere tomar otro alimento
- ____ Se desfiguran mi cuerpo y mis senos
- ____ No tiene tiempo para la lactancia
- ____ Por otros motivos ¿Cuáles? _____

8. Enfermedades sufridas por su niño en los primeros 6 meses de vida (consignar el número de veces en la línea):

EDA: _____ IRA: _____ ITU: _____ Episodios de sibilancias: _____

Desnutrición por defecto: _____ Obesidad: _____ Anemia: _____ Número de ingresos hospitalarios: _____ En cuántas ocasiones ha recibido antibióticos: _____

9. Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _____

Peso a los 3 meses: _____ Talla a los 3 meses: _____

Peso a los 6 meses: _____ Talla a los 6 meses: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Learning from large-scale community-based programmes improve breastfeeding practices. Switzerland: WHO Press, World Health Organization; 2008.
2. Cardoso I, Toso P, Valdés V, Cerda J, Manriquez V, Paiva G. Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. Rev Chil Pediatr. 2010 Ago;81(4): 326-32.

3. López M, Beatriz E, Martínez G, Leidy J, Zapata L, Natalia J. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. Rev Fac Nac Salud Pública. 2013 Mar; 31(1): 117-26.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Dirección Nacional de Estadísticas. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Monitoreo de la Situación de los Niños y las Mujeres. La Habana: Minsap; 2011.
5. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Parte III. Indicadores Sanitarios Mundiales; 2012.
6. Estrada Rodríguez J, Amargós Ramírez J, Reyes Domínguez B, Guevara Basulto A. Intervención educativa sobre lactancia materna. AMC [serie en Internet]. 2010 [citado 15 de Noviembre de 2010]; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Pérez Calleja NC, Martín Pérez A, Ocampo Ruiz IM. Intervención educativa para extender la lactancia materna hasta el 6to mes de vida en el municipio de Ciego de Ávila. MediCiego [serie en Internet]. 2010 [citado 16 de Abril de 2015]; (supl 1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-3.html
8. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Belló Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cubana Pediatr [serie en Internet]. 2014 Jun [citado 8 de Abril de 2015]; 86(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Gorrita Pérez RR, Brito Linares D. Deseos, aptitudes y conocimientos de las gestantes sobre lactancia materna: algunos factores asociados. Revista de Ciencias Médicas La Habana [serie en Internet]. 2011 [citado 6 de Abril de 2015]; 17(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol17_2_11/hab07211.htm
10. Minsap. Consulta de Puericultura. Centro Nacional de Puericultura. Departamento Materno Infantil del Minsap. La Habana: Unicef; 2012.
11. Batista Bazán M, Machado AM, Benítez Zaldívar M. Efectividad de intervención educativa sobre lactancia materna a embarazadas del Consejo Popular Camilo Cienfuegos. Bayamo, 2010. Ponencias del XXVII Congreso Nacional de Pediatría (5 al 7 Junio 2013). La Habana: Centro de Convenciones y Servicios Académicos de Cojimar; 2013.
12. Mosalve Paredes DE, Sanhueza Alvarado CD, Torres Aguilar NF. Valoración profesional y usuaria hacia las actividades promotoras de lactancia materna exclusiva en atención pública de salud [tesis]. Valdivia, Chile; 2012.
13. González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, Rivera-Dommarco JÁ. Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México. Salud Pública Méx. 2013; 55(supl 2): S170-S179.
14. Pino JL, López MÁ, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. Rev Chil Nutr. 2013 Mar; 40(1): 48-54.

15. Gamboa EM, López BN, Prada GE, Gallo KY. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev Chil Nutr.* 2008 Mar; 35(1): 43-52.
16. Villalón Artirez RM, Villalón Artirez P, Ortiz Villalón RA, Guillot Montes G. Principales factores de riesgo en la salud de niños menores de un año. *MEDISAN.* 2012 Sep; 16(9): 1373-7.
17. Pérez Sánchez M, Fundora Hernández H, Notario Rodríguez M, Rabaza Pérez J, Hernández Sánchez MÁ, Rodríguez Bertheau A. Factores de riesgo inmunoepidemiológicos en niños con infecciones respiratorias recurrentes. *Rev Cubana Pediatr.* 2011 Sep; 83(3): 225-35.
18. Fuentes Díaz Z, Rodríguez Salazar O, Salazar Diez M, Rodríguez Hernández O. Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. *AMC [serie en Internet].* 2008 Abr [citado 4 de enero de 2014]; 12(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Basain Valdés JM, Pacheco Díaz LC, Valdés Alonso MC, Miyar Pleiga E, Maturell Batista A. Duración de lactancia materna exclusiva, estado nutricional y dislipidemia en pacientes pediátricos. *Rev Cubana Pediatr [serie en Internet].* 2015 [citado 5 de Julio de 2015]; 87(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Ortega Alvelay A, Osorio Pagola M, Monzón Vega D, Vega Galindo M. Caracterización de niños menores de cinco años con malnutrición proteico-energética grave atendidos en una clínica de Timor-Leste. *MediSur.* 2010 Oct; 8(5): 52-7.

Recibido: 21 de agosto de 2015.

Aprobado: 3 de octubre de 2015.

Remigio Rafael Gorrita Pérez. Policlínico Universitario "Rafael Echezarreta Mulkay". Calle 66, esquina 41, municipio San José de Las Lajas. Mayabeque, Cuba. Correo electrónico: remigio.gorrita@infomed.sld.cu