



Lactancia Materna en República Dominicana

Semana Mundial de la Lactancia Materna 2014

Cooperación Técnica República Dominicana

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA



SEMANA MUNDIAL DE LA LACTANCIA MATERNA

1 A 7 DE AGOSTO



LACTANCIA MATERNA EN REPUBLICA DOMINICANA

AGOSTO 2014

**Elaborado por:
Anselmo Aburto A.
Coop. Tec. INCAP/RD**

PRESENTACION

La historia de la lactancia materna data desde la antigüedad y se considera un componente fundamental en la alimentación infantil, en la que la supervivencia del niño depende exclusivamente de la práctica de una adecuada lactancia. Actualmente se sigue reconociendo la importancia de la lactancia materna en todo el mundo como la práctica de mejor costo/beneficio en la salud y nutrición infantil

Múltiples estudios nacionales e internacionales demuestran que ha existido una pérdida paulatina el hábito de la lactancia natural en los países industrializados, y lo peor aún, en los países subdesarrollados, debido sobre todo a la gran diversidad de tipos de leche y a sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socioculturales, constituyendo un hecho biosocial de proyecciones devastadoras incalculables para el futuro de la humanidad.

Los principales beneficios de la lactancia materna, tal y como señala, el cooperante del INCAP en el país, Lic. Anselmo Aburto A. incluyen el desarrollo intelectual y motor, reducción del riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, y diferentes factores benéficos biológicos, nutricionales, inmunológicos y psicológicos. En la esfera afectiva la lactancia materna produce un impacto inigualable al facilitar el vínculo con la madre, la adaptación social y un desarrollo psicomotor mejor que los lactantes alimentados con otras fórmulas.

La leche materna es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. Es un recurso material sin costo monetario, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan el crecimiento y desarrollo del cerebro. Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos.

De acuerdo con los resultados de las ENDESAS 2007/2013, reportando un 7%/6.8% de lactancia materna exclusiva en los niños y las niñas de 0 a 5 meses de edad, requieren un cambio de dirección promovido por el titular del ejecutivo y los gerentes gubernamentales del más alto poder político de decisión para desarrollar las intervenciones identificadas en los planes estratégicos y de acción elaborado por el programa y la comisión de lactancia materna.

Dra. Susana Santos
Directora de Nutrición
Ministerio de Salud Pública

Contenido

I.	INTRODUCCION	6
1.	<i>Morbilidad y mortalidad</i>	7
2.	<i>Desarrollo intelectual y motor</i>	8
3.	<i>Enfermedades Crónicas</i>	9
3.1.	Lactancia materna y factores de riesgo cardiovascular (lípidos séricos y presión arterial)	10
3.2.	Lactancia materna, diabetes tipo 2 y resistencia a la insulina	11
3.3.	Lactancia Materna, sobrepeso y obesidad	13
3.4.	Lactancia materna y cáncer	15
3.5.	Lactancia materna e inflamación	16
3.6.	Lactancia materna y salud mental	17
4.	<i>Salud Materna</i>	18
5.	<i>Economía</i>	18
II.	LA REPUBLICA DOMINICANA	20
III.	LAS ESTADISTICAS	21
IV.	¿AHORA QUE?	29
V.	BIBLIOGRAFIA	31

I. INTRODUCCION

La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y Niño Pequeño establece que “las practicas adecuadas de alimentación basada en la evidencia resultan esenciales para lograr y mantener una nutrición y una salud adecuadas. Las practicas de alimentación inadecuadas y sus consecuencias representan el principal obstáculo para el desarrollo socioeconómico sostenible y la reducción de la pobreza”. La estrategia llama a gobiernos, la sociedad civil y la comunidad internacional “a renovar su compromiso en la promoción de la salud y la nutrición de los lactantes y los niños pequeños, y trabajar en forma conjunta para este fin”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva para los primeros seis meses de vida con la iniciación temprana y la continuación de la lactancia materna durante dos años o más junto con alimentos complementarios, nutricionalmente adecuados y seguros, a partir de los seis meses de vida.

La supervivencia de los recién nacidos de la familia de los mamíferos depende de un alimento único y precioso que sólo les pueden aportar sus madres: la leche. La leche les aporta los nutrientes necesarios y adaptados para garantizar esta supervivencia en cada especie concreta.

Usando datos longitudinales y técnicas analíticas adecuadas Kuntal K. Saha et al (1) encontraron que siguiendo las prácticas adecuadas de alimentación infantil se tienen efectos positivos en la ganancia de peso y longitud durante la infancia. Estos resultados subrayan la importancia de seguir la estrategia mundial para asegurar el mejor crecimiento durante la infancia, particularmente en los países en desarrollo, tales como La República Dominicana.

A pesar del efecto positivo de la lactancia materna exclusiva y continuada con alimentación complementaria adecuada en la ganancia de peso, los niños seguían siendo pequeños en comparación con los nuevos patrones internacionales de crecimiento y desarrollo infantil de la OMS. Este hallazgo indica que hay otros factores, tales como salud, vivienda saludable, la seguridad alimentaria familiar y el estado nutricional de las madres en la determinación del crecimiento durante los primeros 2 años de vida. Este hallazgo también puede reflejar que la alimentación complementaria contiene solamente una parte de los comportamientos recomendados para la alimentación de los lactantes.

Los hallazgos parecen ser contradictorios, sin embargo, son lógicos por la referencia internacional usada. Los estándares internacionales de la OMS superan los determinantes económicos y sociales que son barrera para el crecimiento y desarrollo infantil óptimos.

En el 2002, la OPS y el proyecto LINKAGES (2) dieron seguimiento a la base de datos de Medline y Popline. El trabajo certifica los múltiples beneficios de la lactancia materna en la salud infantil, el desarrollo intelectual y motor, el posterior riesgo de enfermedad crónica y la salud materna.

1. Morbilidad y mortalidad

“Los beneficios más importantes y más visibles de la Lactancia Materna consisten en la inmediata salud y supervivencia del lactante. Las tasas de diarreas, las infecciones de las vías respiratorias, la otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades son menores en niños amamantados que en los que no lo son. Durante los primeros seis meses de vida, las tasas son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial. Estos beneficios, resultado de una mayor inmunidad y una menor exposición a los agentes infecciosos, son mayores en los

niños pequeños y cuando existen una higiene o un saneamiento adecuados. No obstante, la presente investigación sugiere además que estos beneficios sanitarios y de supervivencia se prolongan más allá de la infancia y en poblaciones occidentales de bajos recursos económicos”

Los lípidos en la Lactancia Materna tienen actividad antiviral contra el *Respiratory Syncytial Virus*, RSV que causa la mayoría de las hospitalizaciones respiratorias en niños. En los países en desarrollo, estos efectos beneficiosos de la Lactancia Materna tienen una importancia aún mayor en la prevención de infecciones de las vías respiratorias y la mortalidad. Meta-análisis: Los lactantes en los países desarrollados que no fueron amamantados aumentaron el riesgo de hospitalización por infección respiratoria aguda en el primer año de vida, en comparación con los lactantes que fueron exclusivamente amamantados durante más de 4 meses (3).

Un estudio evaluó la asociación entre la alimentación infantil y la mortalidad en el primer año de vida. Ajustado por edad materna, educación y consumo de tabaco, así como raza, género, peso al nacer, malformaciones congénitas, orden de nacimiento, paridad y el estado de las mujeres, infantes y niños (WIC), la alimentación con fórmula se asoció con un mayor riesgo de mortalidad infantil en comparación con los que nunca recibieron Lactancia Materna (2).

2. Desarrollo intelectual y motor

“Varios estudios citados en este trabajo (2) confirman que los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación con los que no son amamantados. Cuando se tienen en cuenta los factores de confusión, estas diferencias usualmente disminuyen, si bien persisten, indicando así que no todo el efecto observado se debe a la confusión. La coherencia de las diferencias observadas a través del tiempo y del espacio, así como la relación dosis respuesta confirma aún más que este efecto es real y de origen biológico”

En último lugar, si bien los mecanismos no son sumamente claros, existen posibles explicaciones biológicas para el vínculo causal entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. A diferencia de los sucedáneos de la leche materna, la leche materna contiene ácidos grasos poliinsaturados de larga cadena, conocidos por su importancia para el crecimiento y el desarrollo cerebral. Tanto los estudios en animales como en seres humanos han documentado una correlación entre los niveles de suero presente en estos nutrientes y las puntuaciones obtenidas en las pruebas. Se considera además que el contacto físico único entre madre e hijo proporcionado por la lactancia materna conlleva un estímulo psicosocial y un vínculo que proporcionarían beneficios para el desarrollo.”

3. Enfermedades Crónicas

Se han analizado las asociaciones entre la alimentación infantil y el número de enfermedades crónicas o no transmisibles, como son alergias, obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer y la enfermedad de Crohn. La pequeña cantidad de estudios observacionales en cuanto a un único parámetro requiere de una cuidadosa interpretación. No obstante, la mayoría de las enfermedades crónicas atribuibles a una lactancia materna inadecuada, y el enorme impacto de muchas de estas afecciones en la salud y los costos del cuidado médico, sugieren la urgente necesidad de una mayor investigación. Mientras tanto, es posible promover la reducción del riesgo de enfermedad crónica como potencial beneficio adicional proporcionado por la lactancia materna (2).

Una revisión de la literatura disponible realizada por el equipo de profesionales del CIIPEC-INCAP (3) sobre “la asociación de la Lactancia Materna y las enfermedades Crónicas No Transmisibles en la vida adulta” presentan las evidencias de los beneficios de la Lactancia Materna encontrada en estudios observacionales ajustados por variables confusoras.

3.1. **Lactancia materna y factores de riesgo cardiovascular** (lípidos séricos y presión arterial)

Un meta análisis realizado en 2003 (4), que incluyó información de 25 estudios, encontró que el nivel total de colesterol en adultos (>19 años) fue 0.18 mmol/L (6.9 mg/dl) (95%IC:0.06-0.30mmol/Lp<0.0001) menor entre los que fueron amamantados con leche materna en comparación con aquellos que fueron alimentados con biberón. La asociación no fue significativa en niños y adolescentes. La posible explicación biológica para esto es que el contenido de colesterol es mayor en la leche materna comparada con el de fórmulas lácteas, un alto consumo de colesterol en la infancia puede tener un efecto benéfico en la programación a largo plazo de la síntesis endógena de colesterol regulando a la hidroximetilglutaril-coenzima A (HMG-CoA). Esta hipótesis se encuentra respaldada por estudios realizados con animales, los cuales han mostrado que una temprana exposición a altos niveles de colesterol se encuentra asociado con menores concentraciones del mismo a edades posteriores de la vida.

Los lípidos plasmáticos fueron medidos en un estudio controlado aleatorizado con seguimiento por 25 años. Los adolescentes que fueron expuestos a alimentación con leche materna en lugar de fórmula láctea tuvieron una menor concentración de proteína C-reactiva ($p=0.006$) y una menor diferencia en la razón LDL:HDL (diferencia de medias 0.34 [14% inferior] , 95IC:-0.67 a -0.01, $p=0.04$). Una mayor proporción de ingesta de leche materna en la infancia se asoció con menores proporciones de LDL:HDL ($P=0.03$) y apoB:apoa-1($p=0.004$), independientemente de los factores de confusión.

Un ensayo controlado aleatorizado que estudió a 216 sujetos prematuros desde el nacimiento hasta los 15 años de edad, mostró que los sujetos alimentados con leche materna mostraron una media significativamente inferior de presión sistólica y diastólica, con una diferencia de 3.2 y 2.7 mmHg, respectivamente, entre los grupos ($p<0.05$ para ambos). Esta diferencia se mantuvo después de ajustar los análisis por sexo, ingesta de sodio neonatal e IMC. A pesar de que la magnitud del

efecto observado es mínimo a nivel individual, sería de espera que tenga un impacto significativo a nivel poblacional en términos de reducción de morbimortalidad de enfermedades cardiovasculares.

Dos meta-análisis realizados en 2003 y 2005, reportaron que la lactancia materna parece estar asociada con una reducción, pequeña pero significativa, en la presión arterial sistólica en la vida posterior. Los efectos reportados fueron de 1.10 (95% IC -1.79, -0.42; $p < 0.0001$) y 1.4 mmHg (95% IC: -2.2, -0.6 $p < 0.0001$), respectivamente, estas disminuciones fueron independientes de la edad en la medición de la presión arterial. Ambos estudios mostraron indicios de sesgo, con un efecto menor en estudios grandes, y no puede excluirse residuos de las variables de confusión. Un estudio concluyó que la reducción observada en la presión arterial asociada con la lactancia materna puede tener un efecto pequeño a nivel individual, pero importante en la salud pública, sobre todo en poblaciones en las que la alimentación con biberón temprana es común. Los autores del otro estudio indican que la importancia de la lactancia materna en la presión en la vida adulta es limitada, tanto a nivel clínico como poblacional.

3.2. Lactancia materna, diabetes tipo 2 y resistencia a la insulina

La Lactancia Materna parece estar asociada con una disminución en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta, y con menor grado de reducción a la insulina en la infancia y la vida adulta. En estudios con niños, la lactancia materna también se asoció con menores concentraciones de glucosa sanguínea y niveles de insulina. Se han propuesto dos posibles mecanismos por los cuales la lactancia materna podría tener un rol protector que evita el desarrollo de la diabetes tipo 2. Bzúr et al, observaron que la respuesta de glucosa se correlacionó inversamente con el nivel de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) en las membranas del músculo esquelético. Debido a que los AGPI están presentes en la leche materna, pero no en la mayoría de las fórmulas lácteas, se ha propuesto que los cambios en la membrana del músculo esquelético podría desempeñar un papel en el

desarrollo de la resistencia a la insulina, lo que conduciría a hiperinsulinemia compensatoria. Durante un período de tiempo habría fallo en las células β del páncreas, lo que resultaría en la aparición de la diabetes tipo 2. Varios estudios reportaron que niños alimentados con fórmula tienen concentraciones basales y post-prandiales de insulina y neurotensina superiores comparadas con niños alimentados con leche materna, las cuales modulan la liberación de insulina y glucagón. Estas diferencias pueden conducir al desarrollo temprano de resistencia a la insulina y diabetes tipo 2. Estos son los posibles mecanismos en la asociación entre la lactancia materna y la diabetes. Otros mecanismos biológicos pueden existir, pero aún son desconocidos.

En dos cohortes de mujeres de Estados Unidos, la duración más prolongada de lactancia materna fue asociada con un menor riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2. Por cada año adicional de lactancia materna, mujeres con un parto en los últimos 15 años presentaron 15% menos riesgo de padecer diabetes tipo 2 (95% IC, 1%-27%; $p < 0.0001$). El efecto protector de la lactancia persistió después del ajuste de covariables como factor de riesgo para diabetes tipo 2 e IMC actual. Stuebe, A.M et al, concluyeron que la lactancia puede reducir el riesgo para diabetes tipo 2 en mujeres jóvenes y de mediana edad mediante la mejora de la homeostasis de la glucosa (3)

Martín et al estudiaron una cohorte de sujetos reclutados en 16 centros en Inglaterra y Escocia, quienes participaron en una encuesta entre 1937 y 1939 para conocer aspectos relacionados con la dieta y la salud cuando eran menores de 20 años. La información sobre la duración de la lactancia materna se obtuvo de la madre de los sujetos. A una edad media de 71 años, la lactancia materna no se asoció con diabetes tipo 2 (odds ratio: 0.97; IC del 95%:0.41 a 2.30).

La evidencia de un posible efecto de programación de la lactancia materna sobre el metabolismo de la glucosa es escasa. Hasta ahora, no es posible establecer

asociaciones concluyentes acerca de los efectos a largo plazo de la lactancia materna sobre el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

3.3. Lactancia Materna, sobrepeso y obesidad

Varios mecanismos biológicos han sido propuestos para explicar el factor protector de la lactancia materna sobre el sobrepeso y la obesidad. En primer lugar, se ha planteado que la leche materna contiene hormonas como la adiponectina, leptina y grelina, las cuales podrían ayudar a establecer las señales de saciedad a largo plazo. En mayor medida, los bebés amamantados en comparación con los alimentados a biberón hacen saber a las madres cuando están satisfechos apartándose del pecho, lo que podría conducir a una mejor auto-regulación de la ingesta de energía a medida que crecen. Una segunda razón se relaciona con los patrones de crecimiento infantil, después de los primeros 3-4 meses de vida, los bebés amamantados ganan menos peso que los bebés alimentados con fórmula. Ganar menos peso en la infancia predice menores tasas de obesidad y sus complicaciones tardías en la infancia y en la edad adulta. Tercero, las fórmulas infantiles contienen más proteína que la leche materna. Resultados en ensayos controlados aleatorizados muestran que lactantes pre-término y a término alimentados con fórmula láctea ganan peso más rápido, aumentan rápidamente el número de adipocitos y presentan algunos efectos cardiometabólicos adversos en la infancia y la adolescencia. En cuarto lugar, muchos estudios de cohortes muestran que existe una asociación entre la lactancia materna y la obesidad; varios meta-análisis muestran reducciones moderadas en el riesgo de obesidad asociado con haber sido amamantado o con una mayor duración de la lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva se asocia a una menor tasa de aumento de peso y un posible menor riesgo de tener sobrepeso en la infancia y la adolescencia, en comparación con la alimentación con fórmula. La alimentación materna se asocia

con una reducción del 20% en las probabilidades de tener sobrepeso. El uso de fórmulas se asocia con un aumento del crecimiento, talvez al mayor contenido de proteína de fórmulas o falta de auto regulación de la ingesta y, por tanto, un mayor consumo de energía cuando los bebés son alimentados con biberón.

En el meta-análisis realizado por Harder et al para encontrar asociación entre la duración de la lactancia materna y el riesgo de obesidad, fueron incluidos 17 estudios y se encontró una disminución de 4% en el riesgo de tener sobrepeso por cada mes de lactancia materna (OR: 0.96/mes; 95% IC: 0.94-0.98). Estos resultados muestran que hay un efecto dosis-respuesta entre la duración de la lactancia materna y la disminución del riesgo de tener sobrepeso; el efecto no es tan fuerte a nivel individual, pero puede ser importante a nivel poblacional (3).

En otro meta-análisis, Owen et al incluyeron 28 estudios con casi 300,000 sujetos, encontrando que la lactancia materna se asocia con un menor riesgo de obesidad (odds ratio de 0.87), pero también encontraron que el efecto fue menor (odds ratio 0.93) en estudios controlados en que se incluyeron los tres principales factores de confusión: la obesidad, el hábito de fumar en la madre y la clase social.

La alimentación con biberón requiere mayor atención por parte de la madre para reconocer las señales de hambre y saciedad en comparación con los bebés amamantados. El uso del biberón como un método para calmar a los lactantes puede contribuir a un mayor consumo de energía en los primeros años de vida. La Lactancia materna se asocia con otras ventajas para disminuir el riesgo de desarrollar sobrepeso, con una menor frecuencia de introducción de alimentos complementarios antes de los 4 meses y con una menor frecuencia de ofrecer alimentos altos en grasas o sacarosa a niños de 1 año en comparación con las madres que alimentan a sus bebés con fórmula.

Numerosos estudios y al menos cinco meta-análisis han examinado el papel de la lactancia materna en relación con la obesidad infantil y en la vida posterior. No todas concluyen de la misma manera sobre la intensidad del efecto protector de la lactancia materna sobre el sobrepeso y la obesidad, o dicho de otra forma sobre el aumento del riesgo del exceso de peso con alimentación con fórmula infantil parcial o total en los primeros 4-6 meses de vida. Sin embargo, la gran mayoría de los estudios muestran un cierto grado de una asociación inversa entre la lactancia materna y el riesgo de la obesidad. Por otro lado, el proceso de producción de la leche materna utiliza aproximadamente 500 calorías por día, lo que puede ayudar a la madre a disminuir el peso ganado en el embarazo.

En resumen, la lactancia materna tiene al menos algún papel protector de la obesidad infantil y los beneficios para el crecimiento y desarrollo de la lactancia en los lactantes son indiscutibles. Cualquier intervención dirigida a reducir el riesgo de obesidad debería incluir la promoción de la lactancia materna en forma exclusiva en los primeros seis meses y su continuación hasta los dos años de edad.

3.4. Lactancia materna y cáncer

Se ha sugerido que la leche materna tiene un efecto protector sobre el cáncer de mama al estimular o modular el sistema inmune. Existe evidencia que demuestra que el riesgo de cáncer de mama y de ovario es menor en mujeres que han amamantado. Las mujeres que amamantan entre 6 y 24 meses pueden reducir el riesgo de desarrollar cáncer de mama hasta en un 25%. En el mismo estudio realizado por Lp et al en 2007 se encontró que el riesgo de desarrollar cáncer de ovario es 27% mayor para las mujeres que nunca amamantaron comparado con mujeres que amamantaron.

En 2002, un meta análisis mostró que la lactancia materna se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama para la madre, el riesgo relativo de cáncer de mama se redujo en 4.3%(95% IC:2.9-5.8; $p<0.0001$) por cada 12 meses que dio de lactar, y una disminución adicional de 7% (5.0-9.0; $p<0.0001$) por cada nacimiento. Esto fue confirmado por un estudio americano que mediante la diferenciación de las subclases de tipos de cáncer de mama, se demostró que el mecanismo implicado no era hormonal, ya que la reducción de riesgos no fue específica para tumores de estrógeno o progesterona (3)

3.5. Lactancia materna e inflamación

La modulación de la inflamación crónica puede ser uno de los mecanismos responsables de los efectos benéficos de la lactancia materna sobre la obesidad y la hipertensión arterial en la vida adulta. Das et al sugirieron que la leche materna, una rica fuente de AGPI de cadena larga, podrían disminuir la inflamación a través de mecanismos que incluyen estatinas, PPARg o agentes anti-inflamatorios no esteroides.

Pocos estudios han investigado la influencia de la lactancia materna en los marcadores de la inflamación, y los que lo han hecho se han enfocado en poblaciones específicas. Williams et al encontraron una correlación lineal inversa ($p<0.0001$) entre la duración de la lactancia materna y el nivel de PCR en mujeres de Nueva Zelanda. La media para PCR fue de 2.2 mg/L para mujeres que amamantaron por lo menos 6 meses y 3.95 mg/L para quienes no amamantaron. Las concentraciones más bajas de PCR en mujeres que amamantaron durante al menos 6 meses, se mantuvieron independientemente de las medidas antropométricas, presión arterial, peso al nacer, tabaquismo, nivel socioeconómico, problemas de salud y el uso de anticonceptivos hormonales. Los

hallazgos sugieren que la lactancia materna debe fomentarse debido a un posible efecto benéfico de la lactancia sobre el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Singhal et al, en un estudio aleatorizado de seguimiento en infantes pre-término encontraron una concentración significativamente menor de PCR ($p=0.03$) en adolescentes británicos de 13 a 16 años que fueron amamantados comparados con quienes fueron alimentados con fórmula láctea para prematuros. Por otro lado, Vérier et al encontraron que la lactancia materna no se asocia significativamente con marcadores inflamatorios (Proteína C-reactiva, factores del complemento 3 y 4, ceruloplasmina, moléculas de adhesión) citoquinas, TGFB1 y glóbulos blancos después de ajustar por sexo y un puntaje de propensión que incluía varios factores confusores ($p=0.32$). en este estudio, la lactancia materna no se asoció con el estado inflamatorio en adolescentes sanos, lo que sugiere que los posibles beneficios cardiovasculares de la lactancia materna están relacionados con otros mecanismos de modulación de la inflamación. Se requiere de más estudios para clarificar el rol de la lactancia materna en la inflamación crónica (4)

3.6. Lactancia materna y salud mental

Según IP, S. 2007, no amamantar o la interrupción temprana de la lactancia materna se encuentra asociado con mayor riesgo a depresión post-parto ($p<0.05$). La depresión post-parto puede estar asociada con una reducción en la confianza de las madres para amamantar. Estar conscientes de esta asociación puede ser útil para identificar a mujeres en riesgo de depresión post-parto y por ende fracaso en la lactancia (3)

4. Salud Materna

“El inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto estimula la liberación de la oxitocina, una hormona que ayuda a contraer el útero, expelle la placenta y reduce el sangrado de posparto. La lactancia materna retrasa además el regreso de la fertilidad, reduciendo de este modo la exposición a los riesgos de la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos. A largo plazo las madres que amamantan tienden a correr un riesgo menor de sufrir cáncer de mama o cáncer de ovario”

5. Economía

“Los estudios analizados (3) indican claramente que, además de ser el método de alimentación infantil más seguro y saludable, la lactancia materna es además el menos costoso de los métodos. Para muchas familias pobres, el costo prohibitivo de los sucedáneos de la leche materna los torna inaccesibles. Para otros, el impacto de la compra de fórmulas en el presupuesto familiar puede resultar agobiante. En especial cuando se presenta el sorpresivo costo adicional del cuidado de salud del niño enfermo. Cuando el costo del cuidado médico recae sobre el sistema de salud o las prestadoras de servicios de salud, el impacto económico se siente a ese nivel. Cuando la enfermedad del niño o motiva la ausencia de la madre al trabajo, los empleadores y la economía también se ven afectados. A pesar de que los costos económicos de no amamantar son generalmente mayores para las familias y los países pobres, la evidencia sugiere también el serio impacto en los países desarrollados”

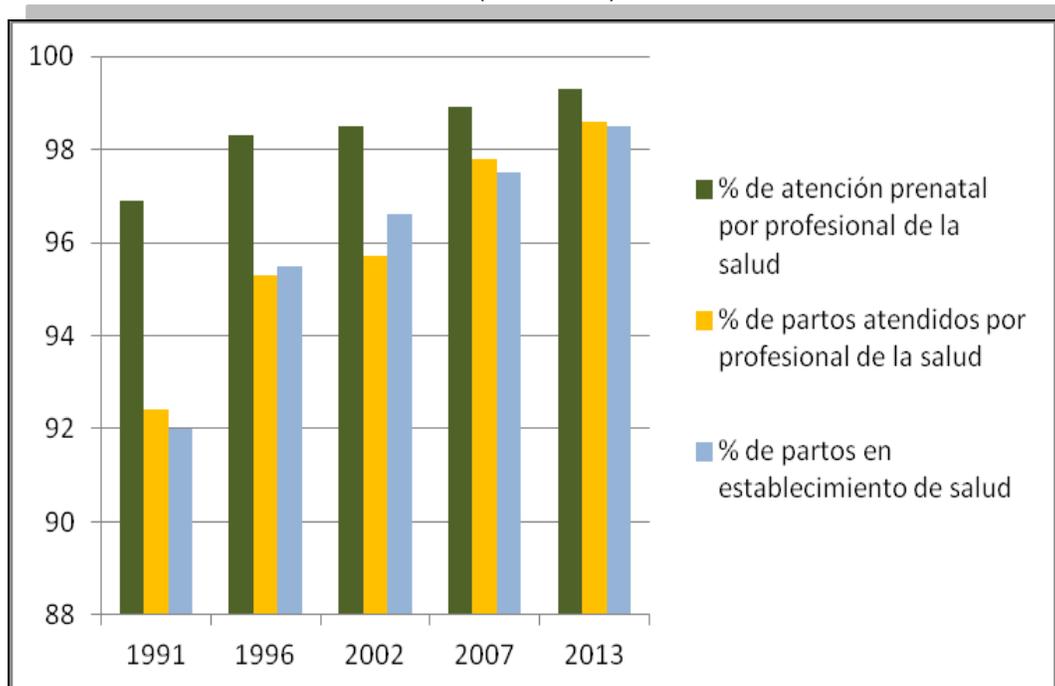
Cuadro 1. Efectos benéficos de La Lactancia Materna

Beneficios	Factores involucrados
Asegura la salud y supervivencia del lactante y el mejor crecimiento durante la infancia	Nutrientes biodisponibles en cantidades y proporciones adecuadas a las necesidades del lactante
Disminuye el riesgo de muerte por IRA, EDA y otitis media	Los lípidos de Leche Materna tienen actividad antiviral contra el Respiratory Syncytial Virus. Mayor inmunidad y menor exposición a agentes infecciosos
Pleno desarrollo intelectual y motor	Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga son usados en el crecimiento y desarrollo cerebral. Estimulo sicosocial por contacto directo con madre.
Reduce niveles de colesterol, y la morbimortalidad de enfermedades cardiovasculares	El alto contenido de colesterol de la Leche Materna tiene un efecto benéfico en la programación de síntesis endógena de colesterol regulando la Hidroximetilglutaril-coenzima A (HMG-CoA). Menor concentración de proteína C reactiva y una menor diferencia en la razón LDL:HDL. Una media inferior de presión sistólica y diastólica
Reducciones moderadas en riesgo de obesidad	Autorregulación de la ingesta de leche materna
Menor riesgo de cáncer de mama	Estimula y modula el sistema inmune
Efectos benéficos sobre la obesidad y la hipertensión	Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga
Salud Materna	Estimula liberación de oxitocina, expele placenta, reduce sangrado postparto y retrasa el regreso a la fertilidad
Disminuye riesgos de enfermedades infantiles y por ende el gasto médico, la demanda de los servicios de salud y la ausencia laboral de la madre	Método más seguro y saludable de alimentar al bebé

II. LA REPUBLICA DOMINICANA

El país fácilmente cumple con los objetivos de desarrollo del milenio en cuanto al parto institucional y la atención del mismo por profesional de salud calificado, no hay diferencias por zona de residencia ni por distribución geográfica. Igualmente en la atención prenatal. Según el informe de la ENDESA 2013 (4), el 99.3% de las embarazadas recibió atención prenatal de un profesional de la salud en los 5 años precedentes de la encuesta, el 98.6% de los partos fue atendido por un profesional de la salud, generalmente médico general o gineco-obstetra, y el 98.5% de los partos ocurrieron en un establecimiento de salud, generalmente un hospital., sin diferencias por edad de la embarazada, nivel educativo, zona y región de residencia. El porcentaje de embarazos con atención prenatal de un profesional es un poco más bajo entre las mujeres sin educación (95 por ciento) que entre otras mujeres.

Este comportamiento de la atención del embarazo y parto es histórico en la República Dominicana según se muestra en el grafico que sigue, elaborado con datos de las ENDESAS 1991 – 2013 (5, 6, 7, 8):



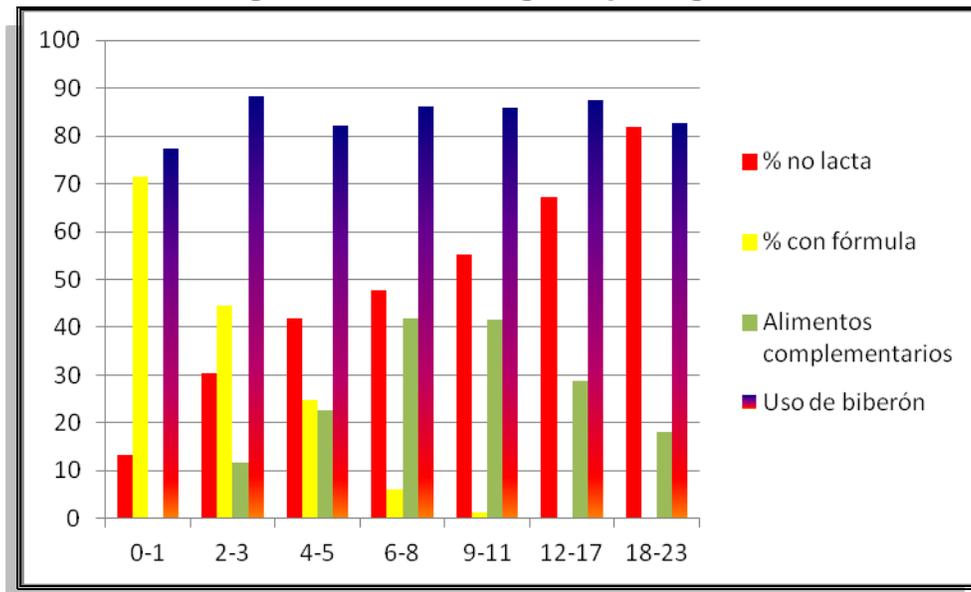
Este acceso casi universal a la atención en salud sexual y reproductiva no se refleja en la situación de la lactancia materna ni en las mortalidades neonatal y materna,

III. LAS ESTADISTICAS

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del lactante y continuada hasta los dos años de edad es un fraude en La Republica Dominicana. La ENDESA 2013 identificó que solo el 6.7 % de las mujeres lactan exclusivamente a su hijo/hija y que la duración es menos de dos meses. De acuerdo a la edad de 0 a 23 meses el comportamiento de la lactancia materna es como sigue:

DATOS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, ENDESA 2013, REPUBLICA DOMINICANA							
Edad en meses	0-1	2-3	4-5	6-8	9 -11	12-17	18-23
% con lactancia materna	12.3	7.5	1.2	1.0	0.0	1.5	0.0

Otros datos de esta trágica realidad de La Republica Dominicana son los graficados en la figura que sigue:

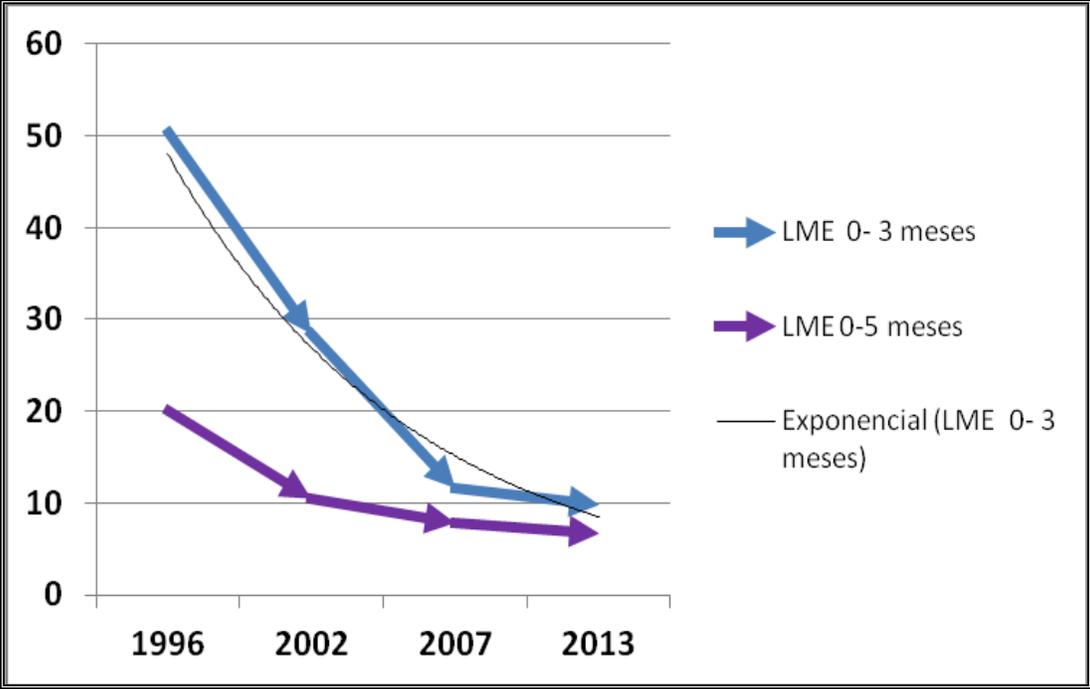


A los 5 meses el 41.9 % de los niños y niñas no lacta, y el 71.5 % de los recién nacidos recibe lactancia no materna. En el mismo grupo de edad, cuando se hizo la encuesta el 77.3% de los menores de 1 mes de nacido recibía alimentación con biberón. Según los estudios reseñados en el capítulo I de este documento “ Las tasas de diarreas, las infecciones de las vías respiratorias, la otitis media y otras infecciones, así como las defunciones causadas por estas enfermedades son menores en niños amamantados que en los que no lo son: En el 2013, el 41.9% de los niños menores de 6 meses no lactó. Durante los primeros seis meses de vida, las tasas son menores entre lactantes amamantados en forma exclusiva que entre los amamantados en forma parcial: en el 2013, el 71.5% de los menores de 1 mes de nacido recibía fórmula láctea. . “los niños amamantados sobresalen en pruebas de desarrollo intelectual y motor, en comparación con los que no son amamantados”. “existen posibles explicaciones biológicas para el vínculo causal entre la lactancia materna y el desarrollo intelectual. A diferencia de los sucedáneos de la leche materna, la leche materna contiene ácidos grasos poliinsaturados de larga cadena, conocidos por su importancia para el crecimiento y el desarrollo cerebral”

Esta situación no siempre fue así, pero desde que se realizó la primera encuesta de demografía y salud la prevalencia de lactancia materna ha venido descendiendo paulatinamente:

ENDESA	1991	1996	2002	2007	2013
LME 0-3 meses	ND	50.4	28.4	11.7	9.9
LME 0-5 meses	ND	20.1	10.4	7.8	6.7

En 17 años, 40.5% de los niños y las niñas de 0 a 3 meses de edad dejaron de recibir la leche materna:



ENDESA 2013: Comportamiento alimentario de los niños y las niñas de 0 a 5 meses de edad

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SOBREPESO/ OBESIDAD	LACTANCIA CON FORMULA	ALIMENTACIÓN CON BIBERON
6.7%	11.8%	45.5%	83.1%

La explicación de esta situación está vinculada a la pobre calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en los centros de salud dominicanos, de manera especial en el sector público, en el cual se atiende el 76.0% de todos los partos institucionalizados.

El estudio observacional (5) realizado por el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI) Dr. Hugo Mendoza en abril de 2011 describe y analiza la percepción que tienen las usuarias de servicios de atención prenatal, atención al parto y seguimiento postnatal en los establecimientos públicos de salud en la República Dominicana sobre la calidad de los mismos, desde una perspectiva cuanti-cualitativa.

Los resultados del presente estudio sugieren que los establecimientos públicos que proveen servicios de salud sexual y reproductiva, más que ser seleccionados por las usuarias en función de su calidad, constituyen la única alternativa disponible para las mujeres que no tienen acceso a la atención en el sector privado, percibida como el ideal de calidad.

Las Normas Nacionales de atención en los diferentes ámbitos de salud sexual y reproductiva, y particularmente el derecho de las usuarias a servicios humanizados, muchas veces no son tomados en cuenta en el contexto de los centros de salud observados, a pesar de la percepción positiva al respecto expresada por sus usuarias. Así, aun aquellas usuarias que pudieron describir

estas limitaciones, en muchos casos no las identificaron como una deficiencia en la calidad de los servicios recibidos ni, mucho menos, como una violación de sus derechos. Esta situación, de manera compatible con los resultados de estudios previos sobre este tema en el país, pone de manifiesto que los niveles de satisfacción con los servicios de salud recibidos en los establecimientos públicos de salud no pueden ser considerados como un indicador de la calidad de estos servicios.

Como parte de evaluaciones previas de servicios de salud sexual y reproductiva en la República Dominicana (Pérez-Then et al., 2008; Quiterio et al., 2008; Miric et al., 2006), se ha identificado una amplia gama de deficiencias en estos servicios, incluyendo, entre otras:

- Recursos humanos insuficientes, poco preparados y poco motivados en los diferentes servicios ofertados.
- Realización de partos, legrados y otros procedimientos por parte de residentes y estudiantes de medicina, sin la debida supervisión.
- Dificultades en el sistema de referimiento de los centros de salud de menor nivel, resultando en la sobre-demanda de servicios en los centros de nivel regional y nacional.
- Espacio físico poco adecuado y con condiciones de higiene insatisfactorias.
- Amplio incumplimiento de las normas nacionales establecidas para la atención al parto y las diferentes emergencias obstétricas.
- Falta de ajuste del tipo de atención ofrecida a las necesidades específicas de cada usuaria.
- Trato inhumano y degradante de las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en los centros con una mayor demanda de servicios.
- Poca integración de las actividades de consejería e información sobre la lactancia materna en los diferentes servicios de salud sexual y reproductiva incluidos en la encuesta.

En referencia a la atención al recién nacido y lactancia materna según lo comunicado por las usuarias que participaron en la encuesta, el 87.4% de los bebés nacieron sanos y sin complicaciones de salud. El 12.6% restante ameritó atención por alguna condición de salud incluyendo los problemas respiratorios (6.5%, n=55), hiperbilirrubinemia (1.0%, n=9) y malformaciones congénitas (0.5%, n=4), entre otras.

Por otro lado, una gran parte de las usuarias informó que se les permitió sostener a su bebé tan pronto nació (70.3%) y lactarlo en los primeros 5 minutos de nacido (50.4%), cumpliéndose en estos casos las regulaciones establecidas en las *Normas Nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*. Asimismo, el 89.9% de los bebés estaban compartiendo la sala de internamiento con su madre, siendo la excepción aquellos recién nacidos que presentaron algún problema de salud y ameritaban atención médica especializada en otro contexto.

El 68.1% de las usuarias practicaron lactancia exclusiva durante su internamiento post-parto, mientras que el resto de ellas suplementó la leche materna con la fórmula infantil y/o dio fórmula exclusiva (en el caso de las mujeres VIH positivas o con otra situación de salud en la cual lactancia materna está contraindicada).

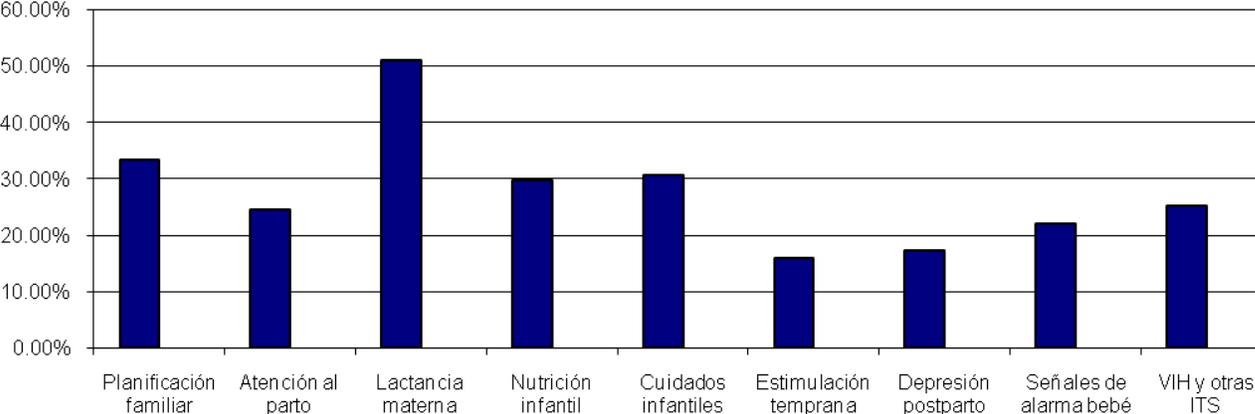
El 44.3% de las participantes afirmaron que el establecimiento de salud les permitía darle fórmula a su bebé si así lo preferían y, de hecho, el 40.6% lo prefirió de esta manera. Entre las razones más frecuentemente referidas por las madres para introducir la fórmula infantil en los primeros días de vida del recién nacido, figura su percepción de que el bebé “no se llena” solamente con la leche materna (48.7%), que no le ha “bajado la leche” (33.1%) y que les resulta doloroso amamantarlo (15.3%).

Información sobre temas de salud en la atención al parto

El 66.7% de las entrevistadas comunicó que recibió información sobre algunos temas de salud materna e infantil en el contexto de la atención al parto. No obstante, según se muestra en el gráfico que sigue, aun los temas más

frecuentemente impartidos en este contexto, como es el caso de la lactancia materna, los cuidados y la alimentación infantil, así como la prevención del VIH y el SIDA, alcanzan menos del 60% de las usuarias, quedando un porcentaje importante de ellas sin la información relevante para la salud de su bebé y la suya propia.

Temas de salud sexual y reproductiva presentados en salas post-parto



La [Convención de los Derechos de la Niñez](#) reconoce que todo niño/niña tiene el derecho inherente a la vida, y se propone garantizar su supervivencia y desarrollo. La lactancia materna durante la primera hora posterior al parto ayuda a garantizar la supervivencia del recién nacido. Las mujeres tienen el derecho de contar con este conocimiento y de recibir el apoyo que necesitan para iniciar la lactancia La primera hora salva un millón de bebés

El inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora después del nacimiento está considerado como el primer y más vital paso para reducir rotundamente la mortalidad neonatal, y por ende la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años, también denominada la mortalidad infantil, tal como se plantea en los [Objetivos de Desarrollo del Milenio](#).

Lactancia Materna en La República Dominicana. Datos de las Encuestas de Demografía y Salud

Año de Encuesta	Lactancia Materna Alguna vez	Dentro de la Primera Hora	Dentro del Primer Día*
1991	90.0	32.0	59.0
1996	93.0	63.0	83.0
2002	92.0	69.0	84.0
2007	92.0	65.2	82.8
2013	ND	ND	ND

Tipo de la Lactancia Actual (en Meses): Nacidos Vivos Durante los 5 Años Previos a la Encuesta

Año de Encuesta	No Lactados		Lactancia Exclusiva		Lactancia Predominante		Lactancia complementaria	Lactancia continuada	
	0-3	0-5	0-3	0-5	0-3	0-5	6-9	12-15	20-23
1991	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
1996	12.8	21.2	50.4	20.1	57.1	26.2	36.6	59.1	14.8
2002	9.6	37.0	28.4	10.4	5.6	12.5	8.0	29.9	15.6
2007	17.2	22.9	11.7	7.8	9.5	8.3	19.4	33.6	12.6
2013	30.5	41.9	10.0	6.8	5.0	4.4	42	32.7	18.2

IV. ¿AHORA QUE?

Hay que revertir la situación existente. Hay que cambiar la dirección de la tendencia. Presidente y gabinete social y económico del gobierno, legisladores, judiciales, profesionales, técnicos, escolares y sociedad civil a empoderarse de la máxima siguiente:

La iniciación temprana de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y la oportuna introducción de alimentación complementaria apropiada para la edad son las intervenciones claves para alcanzar el mejor crecimiento y desarrollo infantil.

Hacer lo que siempre debió hacerse:

1. Elaboración, del plan estratégico sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño según resolución de la Asamblea Mundial de la Salud del 2012.
2. Decreto del ejecutivo con sanciones de no cumplimiento en la aplicación del plan estratégico
3. Declaratoria del ejecutivo de alcanzar la meta de 1996 de Lactancia Materna exclusiva del 50% en los primeros 3 meses de vida del lactante y 20% a los 5 meses y continuada hasta los dos años de edad en los próximos 3 años (2014-2017)
4. Promover el estado de emergencia nacional por el predominio del biberón y de leches artificiales en detrimento del derecho de los niños y las niñas de ser amamantados por su madre
5. Establecer sanciones al personal de salud por el no cumplimiento de la Lactancia Materna temprana y exclusiva en los servicios de salud públicos y privados. Coordinar con las sociedades médicas del país el establecimiento y mecanismos de aplicación de las sanciones

6. Desarrollar una cruzada nacional de capacitación sobre preparación de la mujer, formas practicas recomendadas, cuidado del seno y beneficios de la Lactancia Materna
7. Promover el tiraje de sellos postales alusivos a la Lactancia Materna
8. Instaurar lugares visibles en sitios públicos para la práctica de la Lactancia Materna

V. BIBLIOGRAFIA

1. Mataix J. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Granada, España.
2. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. OPS, LINKAGES. Junio 2012
3. Mazariegos, M. y Quan, C. Asociación entre la lactancia materna y las enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta: ¿existe un beneficio real? CIIPEC.INCAP
4. Encuesta Demográfica y Salud, ENDESA 1991, 1996, 2002, 2007 y 2013. CESDEM ET AL
5. Bachrach VR, et al. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. Arch Pediatr Adolesc Med ©2003; 157: 237– 243.
6. Stuebe AM and Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. J Perinatol (2010) 30:155-162.
7. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. Pediatrics ©2004; 113: e435–e439.
8. Stuebe AM and Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. J Perinatol (2010) 30:155-162.
9. Encuesta nacional de percepción de mujeres usuarias respecto de los servicios públicos de maternidad en república dominicana. CENISMI 2011