
Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia*

Exclusive Breastfeeding Related Factors and Early Introduction of Whole Milk in Low Socioeconomic Status Communities. Calarca, Colombia

Fatores relacionados com a amamentação materna exclusiva e introdução precoce de leite integral em comunidades de classe social baixa. Calarcá-Colômbia

Fecha de recepción: 16-06-10 Fecha de aceptación: 21-10-10

Ángela Liliana Londoño Franco**

María Shirley Mejía López ***

* Artículo original de investigación. Proyecto de investigación 317 financiado por convocatoria interna Universidad del Quindío con título “Prevalencia de malnutrición, anemia, parasitismo intestinal, y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006- 2008”.

** MD. Especialista en Epidemiología. Ph.D en Salud Pública y Medicina Preventiva. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío, Armenia. Correspondencia: Calle 12 norte Cra. 15 Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud. Correo electrónico: angelaliliana@uniquindio.edu.co, angelaliliana@yahoo.es

***Nutricionista dietista. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Quindío, Armenia. Correo electrónico: shilito@hotmail.com



Resumen

INTRODUCCIÓN: la lactancia materna es la estrategia más costo-efectiva y segura para la nutrición adecuada y la protección contra infecciones en los lactantes menores; es suficiente como único alimento durante los primeros seis meses de vida y el mejor de los complementos hasta los dos años. Su práctica continúa siendo escasa e inadecuada. El objetivo de este estudio fue describir características sociodemográficas del sistema de salud, conocimientos y prácticas relacionadas con la lactancia materna y el suministro de leche entera. **MÉTODOS:** se realizó un estudio de corte transversal prospectivo en el municipio de Calarcá-Quindío en trescientos ochenta y cuatro niños de dos a cinco años. Se realizó entrevista a cada madre, en un protocolo para tal fin, previo consentimiento informado. Se realizó procesamiento y análisis de los datos en el programa SPSS versión 14. **RESULTADOS:** la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los seis meses fue de 24%, lo cual se asoció al desconocimiento de las madres (RP: 1,3 IC95% 1,1 – 1,6) y al inicio precoz de alimentación complementaria (test de Mann Whitney $p < 0,00$). Al inicio de leche entera precozmente se asociaron como factores independientes en análisis multivariante el inicio de la alimentación complementaria antes de los cuatro meses de vida (RP 3,9 IC95% 1,7- 9,2) y el tener dos o más hermanos (RP 3,3 IC95% 1,3- 8,5). **CONCLUSIONES:** el desconocimiento de las ventajas de la lactancia exclusiva y de la introducción de la leche entera son elementos prioritarios para trabajar en las estrategias de prevención de enfermedades prevalentes en la infancia.

Palabras clave autor: lactancia materna exclusiva, destete, suspensión lactancia materna, leche entera, leche de fórmula.

Palabras clave descriptor: Lactancia materna, destete, consumo de leche.

Abstract

INTRODUCTION: Breastfeeding is the safest and cheapest strategy for adequate nutrition and protection against infections in infants; it is enough as the only nourishment source during the first six months of life and the best complementary source until the second year after birth. Its practice is still insufficient and inadequate. The objective of this study is to discover socio-demographic and health system characteristics, knowledge and practices related to breastfeeding and provision of whole milk. **METHODS:** A prospective cross-section study was carried out in the municipality of Calarcá, Department of Quindío, with 384 children aged 2 to 5. Every mother was interviewed in a protocol for that purpose with previous consent. Processing and Analysis of data were done with the program SPSS version 14. **RESULTS:** Prevalence of exclusive breastfeeding for children 6 months old was calculated at 24%; this low percentage was associated to the mothers' lack of knowledge (RP: 1.3 IC95% 1.1 – 1.6) and premature start of complementary feeding (Mann Whitney test $p < 0.00$). Premature nourishment with whole milk was associated with independent factors in a logistic regression such as start of complementary feeding before the fourth month of life (RP 3.9 IC95% 1.7- 9.2) and having two or more brothers (RP 3.3 IC95% 1.3- 8.5). **CONCLUSIONS:** Lack of knowledge about benefits of exclusive breastfeeding and introduction to whole milk are top priority elements to develop prevention strategies for childhood prevailing diseases.

Key words author: exclusive breastfeeding, weaning, deprivation of breast milk, formula supplementation

Key words plus: Breast feeding, Weaning, Milk consumption.

Resumo

INTRODUÇÃO: a amamentação materna é a estratégia que oferece o melhor custo-benefício para a adequada nutrição e proteção contra infecções nos lactantes menores; é suficiente como único alimento durante os seis primeiros meses de vida e é o melhor dos complementos até os dois anos. A sua prática continua sendo rara e inadequada. O objetivo deste estudo é descrever as características sócio demográficas do sistema de saúde, bem como os conhecimentos e práticas relacionadas com a amamentação materna e o fornecimento de leite integral. **MÉTODOS:** foi realizado um estudo de corte transversal prospectivo no município de Calarcá departamento do Quindío em trezentos e oitenta e quatro crianças de dois a cinco anos. Foi feita uma entrevista com cada mãe com consentimento informado prévio. O processamento e a análise dos dados foram feitos com o programa SPSS versão 14. **RESULTADOS:** A prevalência de amamentação materna exclusiva aos seis meses foi de 24%, que foi associada ao desconhecimento das mães (RP: 1,3 IC95% 1,1 – 1,6) e ao início precoce da alimentação complementar (teste de Mann Whitney $p < 0,00$). A introdução do leite integral de forma precoce foi associada como fator independente na análise multivariante, assim como início da alimentação complementar antes dos quatro meses de vida (RP 3,9 IC95% 1,7- 9,2) e ter dois ou mais irmãos (RP 3,3 IC95% 1,3- 8,5). **CONCLUSÕES:** o desconhecimento das vantagens da amamentação exclusiva e a introdução precoce do leite integral são elementos prioritários para trabalhar nas estratégias de prevenção de doenças prevalentes na infância.

Palavras chave autor: amamentação materna exclusiva, desmama, suspensão amamentação materna, leite integral, leite de fórmula.

Palavras chave descritor: amamentação materna exclusiva, desmama, suspensão amamentação materna, leite integral, leite de fórmula.

Introducción

En las últimas tres décadas se ha registrado una disminución en la mortalidad infantil en menores de cinco años en los países de América. Esta disminución es atribuida, particularmente, al descenso de las enfermedades infecciosas, pero al finalizar el siglo XX un tercio de las muertes infantiles en menores de cinco años en estos países estaba relacionado con enfermedades infecciosas y desnutrición (1). Las muertes se concentran especialmente entre los grupos de población de menor condición socioeconómica (2,3).

La desnutrición en Colombia en menores de cinco años se registra en un 7%. En población desplazada y de estrato uno la prevalencia de desnutrición crónica está entre 10,7 y 12% (4,5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la lactancia materna exclusiva (LME) implica que “no se dará al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque se permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas)” (2).

Entre las prácticas clave propuestas por la OMS y promovidas por la Estrategia de Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para promover la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, la LME durante los primeros seis meses, constituye la medida más importante para lograr la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y proteger de retrasos en el crecimiento durante en esta época de la vida (2, 3). Además constituye una de las prioridades entre los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) para lograr la reducción de la mortalidad en la infancia (2, 3).

La LME durante los primeros seis meses estimula el funcionamiento del sistema inmunológico y confiere protección contra las enfermedades infecciosas, particularmente por aquellas que afectan los aparatos gastrointestinal y respiratorio (2, 6).

La importancia nutricional de la leche humana radica en su función fisiológica de transporte de aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos y minerales (especialmente calcio); la lactancia materna es superior la alimentación con biberón, confiere protección contra infecciones en los casos de diarrea aguda y prolongada, infecciones del tracto respiratorio, otitis media, infección del tracto urinario, septicemia neonatal, y enterocolitis necrotizante; proporciona al recién nacido sustancias inmunológicamente activas; se ha demostrado que proporciona protección para controlar algunos patógenos e infecciones virales (por ejemplo RSV y rotavirus); la lactoferrina evita proliferación intestinal por enterobacterias coliformes y actúa como un modulador inmune antiinflamatorio (2, 7).

La LME puede evitar un 13% de todas las muertes de menores de cinco años en los países en desarrollo, lo cual indica que constituye la práctica preventiva más eficaz para salvar las vidas de los niños (8).

Sin embargo, sólo una tercera parte de los niños en países en desarrollo recibe este beneficio en sus primeros seis meses. A pesar de estas bajas cifras se estima que la cobertura de la LME ha mejorado. Entre 1990 y 2004 pasó del 34 al 41%; en África subsahariana aumentó del 15 al 32%; en Asia meridional y en Oriente Medio y África del Norte pasó del 43 al 47% y del 30 al 38%, respectivamente (6). La duración de la lactancia exclusiva en Colombia se ha estimado en 2,2 meses; no obstante, se observa un aumento con respecto a datos de 1995 donde sólo tenía una duración de 0,5 meses.



Al igual que los problemas prevalentes en la infancia, prácticas inadecuadas de la lactancia materna como medida de intervención, entre ellas la iniciación precoz de la leche entera, pueden conducir a su fracaso, con consecuencias nutricionales e inmunológicas para los niños. Estas prácticas, las cuales suelen repetirse a través de generaciones, se pueden convertir en factores de riesgo. Teniendo en cuenta la clara asociación de la mortalidad y la gravedad de las enfermedades infecciosas con la desnutrición, es urgente intervenir en las poblaciones más vulnerables con la implementación de las prácticas clave relacionadas con el estado nutricional, entre las cuales la lactancia ocupa el papel más importante en los primeros seis meses de vida y continúa siendo necesaria hasta los dos años. Previo a la intervención, se necesita hacer un diagnóstico de la situación de la lactancia, razón por la cual se realizó este estudio con el objeto de identificar las características relacionadas con la LME y con el inicio precoz de la leche entera.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal prospectivo entre los años 2006 y 2008 en una población de niños que asistían a hogares comunitarios de Calarcá-Quindío. Se calculó una muestra representativa con la fórmula para proporciones en estudios descriptivos, utilizando como referencia la prevalencia de lactancia en Colombia (40%), confianza de 95%, y error máximo permisible de 5%. Se incluyeron 384 niños de los hogares, con edades entre dos y cinco años; el criterio de inclusión fue la condición de “niño sano”, definida como la de aquel niño que presenta las enfermedades propias de su edad, pero no padece enfermedades crónicas ni discapacidad que puedan llevar al cambio en el

cuidado habitual de un niño de su edad. Para no duplicar información, se excluyeron los hermanos, porque la entrevista se realizaba a cada madre con respecto a las prácticas de lactancia con el niño incluido en el estudio. Ingresaron al estudio, en forma consecutiva, aquellos niños cuyas madres aceptaron voluntariamente su participación, lo cual se certificó mediante consentimiento informado. No se realizó muestreo aleatorio. La recolección de información se llevó a cabo hasta completar el tamaño muestral. Se definió el “éxito en la lactancia exclusiva” (LME6) cuando se comprobó mediante la encuesta la práctica de la LME hasta los seis meses de edad. LME se consideró la práctica de la lactancia materna sin la inclusión de otras leches o alimentos, con independencia de la edad del niño. Aunque el principal objetivo fueron los factores relacionados con la LME, también se analizó como variable dependiente la utilización de leche entera antes del primer año de vida.

Se llevó a cabo un procesamiento de la información en el paquete de estadística SPSS versión 14. Así mismo, se realizó un análisis descriptivo y bivariado y se calcularon medidas de asociación estadística no causal, haciendo análisis desde el factor de riesgo. La medida de asociación utilizada fue la razón de prevalencias y el test de hipótesis para variables cualitativas fue el chi cuadrado. Para el análisis de variables cuantitativas se determinó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, a fin de definir la realización de pruebas paramétricas o no paramétricas. Se exploraron factores socio-demográficos, de atención sanitaria y conocimientos. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística, con el propósito de obtener un modelo con los factores de riesgo independientes para la iniciación precoz de la leche entera.

Resultados

En el análisis se incluyeron 384 niños con una media de edad de 35,1 meses (IC95% 28,9-35,4); el 30% con edad menor a veinticinco meses. La prevalencia de inicio de lactancia materna (LM) fue de 91,9%, con una media de duración total de 9,4 meses (IC95% 8,3-10,5) y mediana de seis meses, con un rango de entre cero y cuarenta y ocho meses. A los doce meses aún recibía alimentación materna un 41,8% y a los veinticuatro meses un 14,4%.

Los niños recibieron alimentación únicamente con leche materna (LME) en promedio 3,8 meses (IC95% 3,5-4,1), con un rango de entre uno y doce meses; de ellos un 38,7% recibió lactancia materna exclusiva (LME4) como mínimo cuatro meses y la prevalencia de LME6 a los seis meses fue de un 24,2%.

Los motivos de las madres para suspender la alimentación al seno materno fueron agrupados y se dividieron en las causas para suspensión de la lactancia como único alimento en los primeros seis meses (ver gráfico 1A) y los motivos para la suspensión definitiva después de los seis meses (ver gráfico 1B). En los primeros seis meses se encontró la mayor frecuencia de causas relacionadas con la cantidad de leche materna (35,6%). Aquí se incluyeron las respuestas: “se me secó”, “era insuficiente”, y “casi no me salió”. Con una frecuencia de 22,1% la suspendieron porque el “niño la rechazó” o “no le gustó”, y “por razones de trabajo” un 19,2%.

La iniciación de la alimentación complementaria ocasionó la suspensión en el 14,4% de los casos. En los niños menores de seis meses, el inicio del consumo de otros alimentos ocurrió en el primer mes de vida en un 4,7%. Al final del primer mes ya recibían alimentos diferentes a la leche el 16,8%, al final del segundo mes el 27,2%, al cabo del

tercer mes el 49,3%, y al término del quinto mes el 70,1%.

La enfermedad de la madre o el niño tuvo una frecuencia de 8,7%. En esta última razón se encontró 78% (siete casos) por enfermedad materna no especificada, planificación (un caso) y embarazo (un caso).

Entre las razones para suspender definitivamente la lactancia después de los seis meses se encontraron: relacionadas con la edad del menor, 58%; el rechazo del niño, 18,2%; la cantidad, 10,23%; por “razones de trabajo”, un 8,0%; la alimentación complementaria, 2,3%; la enfermedad de la madre o del niño tuvo una frecuencia de 3,4%.

Éxito de la lactancia materna

Se buscó relación de éxito de lactancia materna a los seis meses (LME6) con todos los factores estudiados. Los que fueron significativos se pueden observar en la tabla 1.

Factores sociodemográficos

La prevalencia de LME6 fue menor entre los niños que convivían con abuelos (27,9% vs. 33,9%), pero la diferencia no fue significativa. No se diferencia entre tener o no hermanos o con su número. No se encontraron diferencias al explorar los ingresos ni respecto al número de habitaciones de la vivienda. Entre las madres sin estudios la prevalencia de LME6 fue de 50% vs. 30,4% en las que tenían estudios con independencia del grado.

Factores relacionados con el sistema de salud

Todos los nacimientos ocurrieron en una institución hospitalaria. A la salida, en cuanto a



ofrecer leche materna a sus hijos únicamente un 20,7% de las madres reportó que lo estaba haciendo, a pesar de que un 86,1% dijo haber recibido instrucción sobre la técnica en el hospital. Un 71,1% indicó haber recibido información sobre alimentación de sus hijos en los controles de crecimiento y desarrollo, y un 82,1% manifestó haber recibido esta instrucción durante el embarazo. Al preguntar de quién habían recibido información sobre la práctica de lactancia materna, un 63,2% dijo que de parte del personal de salud; de las educadoras de los hogares FAMI de Bienestar Familiar, un 15,4%; de la familia, 11%; y de varios, un 10%. Ninguno de estos factores resultó ser significativo para la práctica de LME6.

Conocimientos

En un 87,7% existía el conocimiento previo de las madres sobre la suficiencia de la LM como único alimento en los primeros seis meses de vida, y se encontró una diferencia significativa en la práctica de LME6 entre las que refirieron saber y las que desconocían este beneficio ($p = 0,052$). Al preguntar si consideraban que la leche de fórmula complementaba la lactancia materna, un 66% respondió que sí, y un 40% considera que el inicio de la alimentación complementaria disminuye la cantidad de leche materna.

Prácticas

Un 69,6% de los niños recibieron tetero en el primer año de vida. Entre las madres que ofrecieron leche de fórmula un 30,1% realizaba la dilución con menos de una medida por onza. La LME6 fue menor entre quienes recibieron tetero (27,6% vs. 40,9%).

Se encontró diferencia en la media de edad de inicio de leches de fórmula, siendo mayor en los niños que recibieron LME6 (6,21/2,33

meses IC95% de la diferencia 3,0-4,8 $p < 0,000$); también fue estadísticamente diferente con respecto a la edad de inicio de la leche entera (10,9/ 9,02 $p = 0,03$).

Se exploró la diferencia entre la duración total de la lactancia materna y lo que consideraban las madres que era la duración ideal y se encontró una media de diez meses para la primera y de 10,8 meses para la segunda (T Student -1,01, $p = 0,28$)

La edad de inicio de la alimentación complementaria fue significativamente menor entre los niños que no recibieron LME6 (mediana 3 vs. 6 meses, $p < 0,00$).

Dado que la frecuencia de LME fue mayor hasta los cuatro meses, se hizo el mismo análisis y como factores con asociación no causal que favorecen la lactancia se encontraron los siguientes (ver tabla 2): conocimiento previo de las madres sobre la suficiencia de la LM como único alimento en los primeros seis meses de vida ($p = 0,08$), y no utilización de biberón ($p = 0,009$).

Iniciación de la leche entera antes del primer año de vida

La edad promedio de inicio de la leche entera fue de 9,9 meses (IC95% 9,2-10,4), con una edad mínima de cero meses y máxima de veinticuatro. En el gráfico 2 se puede observar la frecuencia acumulada de introducción de leche entera en la alimentación del niño: al final del primer mes de vida, un 2,6%; a los cuatro meses ya se ha iniciado a un 13,9%; a los seis meses al 25,7%; a los nueve meses a un 41,3%; y a los doce meses al 86,5%.

Para determinar la relación con la iniciación antes del primer año de vida se exploraron todos los factores anteriormente mencionados, y se encontraron asociados los siguientes

tes, en orden de importancia (ver tabla 3): no recibir instrucciones sobre alimentación en el control de crecimiento y desarrollo (p: 0,000); iniciación de la alimentación complementaria antes de los cuatro meses; las indicaciones sobre lactancia antes de la salida del hospital (p: 0,05); utilización de biberón (p: 0,03); pobre nivel educativo de la mamá (p: 0,03); y tener dos o más hermanos (p: 0,008).

Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para determinar los factores independientes, y se encontraron como predictivos la iniciación de la alimentación complementaria antes de los cuatro meses (RP 3,9 IC95% 1,7-9,2, p. 0,02), y el tener dos o más hermanos (RP 3,3 IC95% 1,3-8,5, p. 0,012) (ver tabla 4).

Discusión

Recientemente se ha intensificado el interés en todo el mundo por la promoción de la lactancia materna, dadas las múltiples ventajas para el binomio madre/hijo. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se establece como meta, además de la LME, la continuidad de la lactancia materna hasta los veinticuatro meses (8). La Academia Americana de Pediatría recomienda continuarla hasta el año de edad (9). En el presente estudio la prevalencia de inicio de LM fue muy alta (91,9%), con un promedio de duración cercano a los diez meses. Cerca de la mitad de los niños la recibieron hasta el año, y menos de la sexta parte la recibían a los dos años.

En los Estados Unidos la frecuencia de iniciación de LM es de 73,4%, la duración de seis meses es de 41,7%, y el 25% continúa hasta el primer año de vida (9). En el mundo en desarrollo se brinda LME a cerca del 40% de los niños de cero a seis meses, aunque esta proporción ha venido aumentando en los últimos años (8).

En nuestro estudio llama la atención la frecuencia con la cual se ofrece lactancia por encima de los dos años de edad, aun siendo casos esporádicos que sólo representan un 3% de la población de estudio, mientras que la media de alimentación exclusiva (3,8 meses) se encuentra por encima del promedio nacional de 2,5 meses (5), pero es baja teniendo en cuenta las necesidades del lactante menor.

Sólo una cuarta parte de los niños recibieron LME6, y aunque esta es la duración óptima recomendada, se sabe también que la mayoría de las recomendaciones a las madres indican que se debe iniciar la alimentación complementaria a los cuatro meses; por lo tanto, se analizó la prevalencia de LME4, y también se halló una cifra muy baja (38,7%).

Entre las razones que las madres dieron para no ofrecer la LME6, la más frecuente tuvo que ver con la cantidad de leche materna. Respuestas como insuficiente, o “se secó”, o “no le salió” pueden estar reflejando fallas en la técnica, aunque también pueden obedecer al desconocimiento de las madres acerca de la frecuencia que requieren los recién nacidos para las tomas, de la cantidad que necesitan, y de la variación de la misma tanto en cantidad como en características a medida que el niño crece; también pueden reflejar la angustia que genera en las madres el pensar que el niño se va “desnutrir” o “queda con hambre”. Una cuarta parte respondió que la causa era el rechazo del niño o que “no le gustó”, afirmación esta última errada, ya que si el niño no conoce otros sabores, no puede rechazar porque no le guste; además, en esta edad el niño come por supervivencia. El trabajo de la madre ocasionó el fracaso de la LME6 en una quinta parte de los casos. Las razones pueden ser, además del desconocimiento de técnicas como la extracción y el almacenamiento de la leche (aun por tiempo prolongado), las



posiciones incómodas para la madre y el niño que provocan que éste la rechace; el cansancio de la madre que por pertenecer a un estrato socioeconómico bajo debe trabajar fuera de casa y hacerse cargo de todas las labores de su hogar, además de cuidar no sólo del bebé, sino de sus otros hijos; los trabajos temporales o informales que pueden sustraerle la posibilidad de gozar del derecho a la hora de lactancia; y el regreso al trabajo cuando el niño aún es muy pequeño.

Algunas de las madres justificaron el fin de la LME por la iniciación de la alimentación complementaria. Entre los miembros de la comunidad de este municipio históricamente se ha recomendado una dieta en la cual desde el primer mes de vida se inicia a los niños en el consumo de alimentos como yema de huevo, “tinta de frijol”, caldo de lentejas, y frutas como la guayaba. Además de esto consideran que la leche materna impide el desarrollo adecuado de los niños, por su pobreza en nutrientes, y produce anemia. Consistente con estas creencias y prácticas inadecuadas, se observó que al finalizar el primer mes un 17% de los niños ya recibían alimentos diferentes a la leche, y al segundo mes, el 27%.

En el 9% de casos la LME no se practicó por causas de enfermedad, en su mayoría enfermedad materna sin especificar, incluidos la planificación y el embarazo. Cabe resaltar que en la encuesta no se profundizó en esta respuesta y queda la duda de si la madre suspendió la lactancia por la recomendación del personal de salud o de personas cercanas a ella, o si sus creencias la llevaron a tomar la decisión de no continuar con ésta.

En los niños mayores, la causa del destete fue la edad. Aunque no es la razón principal en los niños por encima de los seis meses, la cantidad también explicó la suspensión definitiva de la alimentación materna. En estos niños sí puede ser probable que la

cantidad disminuya, en razón de la práctica inadecuada de ofrecer primero los alimentos complementarios y por último el seno.

El análisis de los factores explorados para determinar el éxito de la LME6 arrojó como resultados significativos el inicio temprano de la alimentación complementaria y el desconocimiento de las madres acerca de la suficiencia de la leche materna como único alimento en esta etapa de la vida. Del primer factor ya se han ofrecido las explicaciones posibles; con respecto al segundo, es muy importante resaltar que a pesar de la amplia difusión que se realiza constantemente, no sólo por parte del personal de salud, sino también por medios de comunicación masivos, programas amigos de la lactancia, y otros, se observa que las madres lactantes continúan con grandes vacíos de conocimiento sobre el tema, y lo más grave es que esta falencia termina siendo una de las causas más importantes del destete prematuro, aunado a las prácticas erradas de introducción de los alimentos en esta comunidad. Pero no todo se puede adjudicar a las prácticas de las madres. El personal de salud también tiene gran responsabilidad en la educación y la motivación para la lactancia. En este sentido, hemos encontrado que al salir del hospital sólo la quinta parte de las madres está ofreciendo leche materna a sus hijos, a pesar de referir casi en un 90% que se les habían dado indicaciones sobre la misma en la institución; tal vez falta más interés de parte de todos en hacer que esta práctica sea efectiva desde antes del alta de madre-hijo.

Creencias y prácticas erróneas de las madres como el considerar que es necesaria la leche de fórmula para complementar la lactancia materna, el pensar que la alimentación complementaria disminuye la producción de leche, y la elevada frecuencia de utilización de biberón son factores que reducen la probabilidad de éxito de la LME en esta comunidad. A pesar de no resultar signifi-

cativa la diferencia, la prevalencia de LME6 fue sensiblemente menor entre los niños en cuyas viviendas vivían también los abuelos, probablemente por los remanentes en la práctica de la iniciación en el primer mes de la introducción de alimentos y la importancia que le restan a la lactancia materna las personas que “criaron a sus hijos” con dicha dieta.

En un estudio realizado en 2004 en Estados Unidos se encontró que factores como las dificultades en el amamantamiento o en la succión (OR 3,8 IC95% 1,5-9,7, $p=0,006$), o la recomendación de leche de fórmula por parte del personal médico (OR 2,3 IC95% 1,1-5,0, $p=0,04$) fueron factores de terminantes en el fracaso de la LME. Las mujeres que habían recibido información por medios impresos o libros fueron menos propensas a abandonar la LME (OR 0,5 IC95% 0,2-0,96, $p=0,04$) (10).

La iniciación temprana de la alimentación, agravada por la disminución de la lactancia, trae como consecuencia algo todavía más grave: el inicio precoz en el consumo de la leche entera, ocasionado seguramente no sólo por el desconocimiento de las consecuencias fisiológicas para los hijos, sino por la falta de recursos suficientes para suministrar leches de fórmula. Se debe recordar que la población de estudio pertenece a los estratos uno y dos, con ingresos económicos muy limitados e insuficientes para ofrecer una adecuada alimentación con leches industrializadas, lo cual se ve reflejado en que la tercera parte de las madres diluyen la leche de manera excesiva. Aunque el promedio de iniciación de la leche entera está cerca a los doce meses, cuando se analiza la frecuencia acumulada de su introducción se encuentran cifras alarmantes de inicio: desde el primer mes de vida y a los seis meses la estaban recibiendo ya un 26% de los niños; no hay justificación para esta práctica a tan temprana edad en

mujeres sin limitaciones para haber tenido una lactancia exitosa.

Se hallaron muchos factores que explican esta práctica. En el modelo final del análisis multivariado se determinó que aquéllos que explicaban de forma independiente esta conducta eran el tener dos o más hermanos, y nuevamente aparece el factor de la iniciación temprana de la alimentación complementaria.

Aunque se analizaron todos los factores, y se esperaba encontrar asociación con los ingresos, lo cual no ocurrió, el número de hermanos sí puede representar un indicativo de la limitación de recursos en familias de estrato bajo. También se encontraron asociados factores relacionados con los conocimientos de las madres sobre la lactancia, lo cual se evidenció en la elevada prevalencia de inicio en el consumo de leche entera antes del primer año en niños cuyas madres tenían bajo nivel educativo o entre las que refirieron no haber recibido instrucciones sobre alimentación a pesar de tener los niños en programas de crecimiento y desarrollo.

Algunos estudios refieren que un elevado nivel educativo es un factor protector a la hora de tomar la decisión de iniciar la lactancia materna y de continuarla al menos hasta el término del primer año (9). En un estudio realizado en Chile los hallazgos relacionados con este factor fueron muy similares a los nuestros (menos de nueve años de estudios 1,6 IC95% 1,1-2,3, $p=0,03$), y se encontró que un nivel por debajo de los ocho años de estudios de las madres representaba un factor de riesgo para no mantener la LME (no exclusiva 75%, exclusiva 84,7%, $p=0,03$) (11). En estudios realizados en otros países tampoco se han encontrado diferencias en la práctica de lactancia relacionadas con los ingresos familiares (10, 11).

Los embarazos en adolescentes y mujeres jóvenes también representan un factor de



riesgo para el éxito de la lactancia. Cuando las madres son menores de veinte años sólo el 53% inicia la lactancia, y al llegar al año sólo el 8% de los niños la reciben, mientras que las mujeres mayores de treinta años la inician en un 75%, y al año aún la brinda un 25% (9). En este estudio no se encontraron diferencias en la prevalencia de lactancia dependientes de la edad de la madre. La temprana introducción de alimentos se ha asociado con la edad materna, siendo mayor en las madres más jóvenes, con el cigarrillo y con el suministro de fórmulas lácteas (12).

Se ha demostrado que la motivación y la educación que se hace dentro de la hospitalización para el parto no son suficientes para el éxito de la lactancia materna, mientras que el apoyo de grupos a nivel comunitario, con continuidad después del nacimiento, ha resultado ser muy eficaz (13).

Recomendaciones

Respecto a las estrategias de intervención se sugiere incentivar la capacitación en LM y destete, como parte de la implementación del AIEPI comunitario con énfasis en las prácticas clave relacionadas con la lactancia y la alimentación complementaria (2), y el fortalecimiento de la capacitación en estos aspectos dentro de los programas de escuelas saludables.

Para la capacitación, se sugiere utilizar materiales como los propuestos por la OMS que ofrecen diversas estrategias pedagógicas y de motivación, las cuales con pocos recursos y con personas interesadas en el tema, podrían hacer llegar los mensajes necesarios a la comunidad para incentivar el conocimiento en aspectos como la importancia de la LM y sus beneficios, diferencias entre la leche materna humana y otras leches, y los peligros de la alimentación artificial (14).

Así mismo, es importante enseñar a las gestantes y mujeres jóvenes, los aspectos fisiológicos básicos sobre la lactancia para que puedan aplicar los principios de la succión eficaz y reconozcan la importancia del buen agarre del pecho por parte del lactante (14).

Se debe enfatizar en las causas y consecuencias del agarre deficiente, incluyendo el uso del biberón, la inexperiencia, y aquellas dificultades que pueden presentarse pero que con una ayuda adecuada pueden sobrepasarse y convertir la LM en un éxito; esas incluyen las dificultades de LM con los bebés muy pequeños o débiles, los pezones pequeños o muy planos, o pechos muy llenos (14).

Puede ser necesario en algunas madres dar un apoyo inicial hasta que se normalice la LM; este podría darse por parte de personal de salud que este en capacidad de visitar las madres inexpertas durante los primeros días posteriores al nacimiento y que observen además la técnica de las madres para ayudarlas a corregir desde el principio aquellos fallos que pudiesen conducir al destete temprano (14).

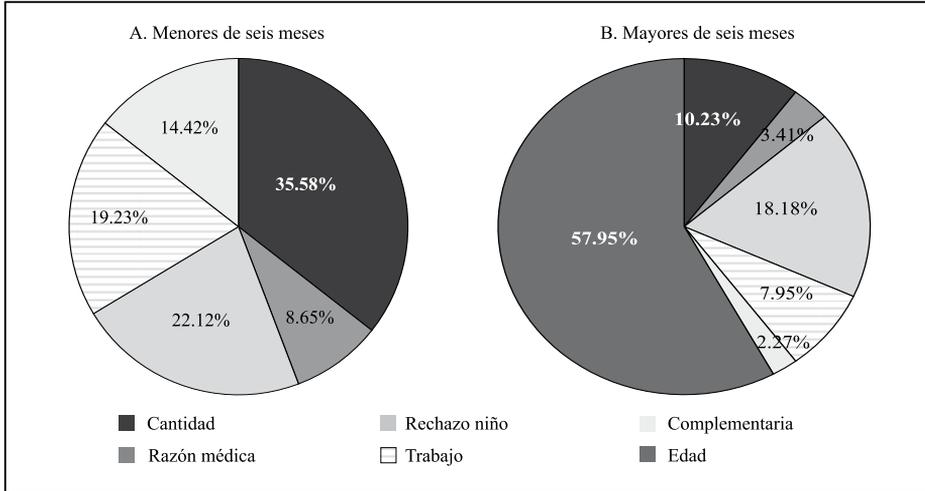
Son necesarios muchos esfuerzos y el compromiso del sistema de salud y de la comunidad, ya que algunas experiencias en el país no han mostrado muchos logros con la promoción de la salud pública a nivel comunitario, lo que en parte se explica porque las prioridades para el sector salud muchas veces no son las mismas que para la comunidad, la cual siente más el impacto de los problemas sociales y de la violencia, y la percepción de la salud como problema no es lo que ellos anhelan solucionar (15).

La educación en salud como componente de la estrategia de escuelas saludables invita a incluir dentro de las asignaturas del plan de estudios el desarrollo de contenidos y actividades pedagógicas sobre alimentación, nutrición y educación sexual, espacio en el cual

el sector académico y el de la salud deben aunar esfuerzos para llevar a cabo actividades de proyección dirigidas a la motivación

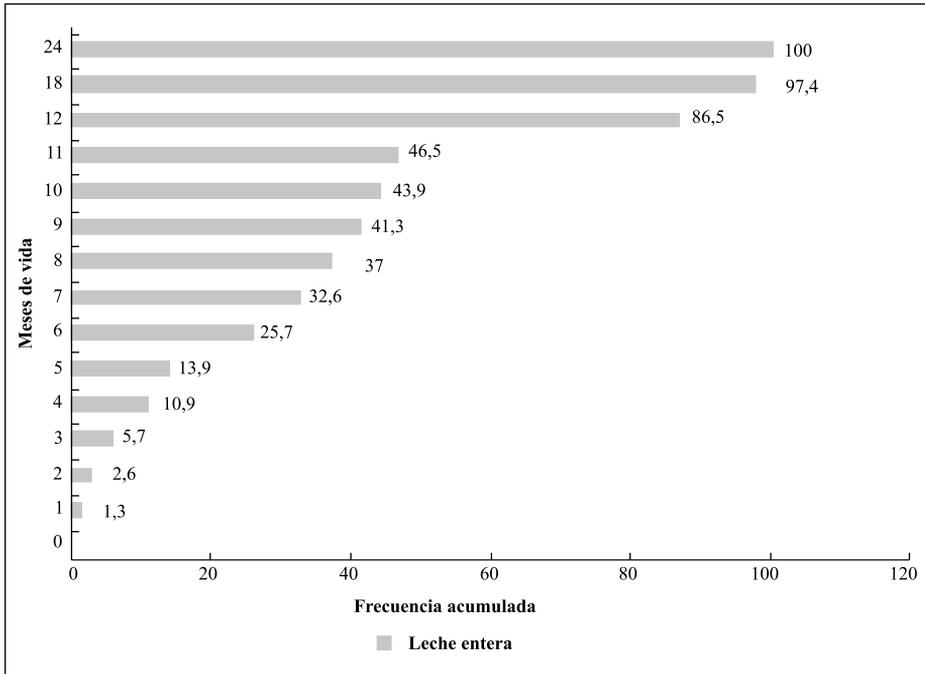
y el conocimiento entre las adolescentes, como futuras madres, sobre la prevención de enfermedades en sus hijos (16).

GRÁFICO 1. MOTIVOS PARA LA SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA



Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008

GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE INICIACIÓN DE LECHE ENTERA



Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008.



FACTORES RELACIONADOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA E INTRODUCCIÓN TEMPRANA DE LECHE ENTERA EN COMUNIDADES DE ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO. CALARCÁ-COLOMBIA

TABLA 1
FACTORES RELACIONADOS CON EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES

<i>Variables cualitativas</i>			
Factor	Prevalencia	RP* IC95%	Chi2-p
Conocimiento previo LM suficiente No/Sí	15,4% - 34,5%	1,3 (1,1 – 1,6)	3,8 (0,052)
*Razón de prevalencia			
<i>Variables cuantitativas</i>			
	Mediana	U Mann Whitney	P
Edad inicio alimentación complementaria	3 vs. 6 meses	1183,0	0,000

Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008.

TABLA 2
FACTORES RELACIONADOS CON EL ÉXITO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS CUATRO MESES

<i>Variables cualitativas</i>			
Factor	Prevalencia	RP* IC95%	Chi2-p
Conocimiento previo LM suficiente No/Sí	23,1- 50,8%	1,6 (1,2-2,0)	7,0 (0,008)
Tetero Sí/No	35,7-59,1%	1,6 (1,1-2,3)	6,8 (0,009)
*Razón de prevalencia			

Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008.

TABLA 3
FACTORES RELACIONADOS CON LA INICIACIÓN DE LECHE ENTERA ANTES DEL PRIMER AÑO DE VIDA

<i>Variables cualitativas</i>			
Factor	Prevalencia	RP* IC95%	Chi2-p
Indicaciones sobre lactancia hospital No/Sí	69,2- 40,6%	1,7 (1,1-2,6)	3,8(0,05)
Conocimiento previo LM suficiente No/Sí	76,9-38,8%	2,0 (1,3-2,9)	6,8 (0,009)
Asistencia control C y D No/Sí	64,7-40%	1,6 (1,1-2,5)	3,6 (0,058)
Instrucciones alimentación control de C y D No/Sí	71,4-29,4%	2,4 (1,6-2,8)	14,4 (0,000)
Utilización de biberón Sí/No	50,0-26,7%	1,9 (1,0-3,5)	4,7 (0,03)
Hermanos 2 o +/- 0-1	54,7-30,2%	1,5 (1,1-2,1)	7,0 (0,008)
Edad inicio alimentación complementaria < 4/4 y + mes	61,4-33,9%	1,8 (1,4-2,4)	16,7 (0,000)
Años de estudio mamá 9 y +/<9	56,8-36,1%	1,6 (1,1-2,3)	4,8 (0,03)
*Razón de prevalencia			
<i>Variables cuantitativas</i>			
	Mediana	U Mann Whitney	P
Edad inicio alimentación complementaria	3 vs. 6 meses	4408,5	0,000
Años de estudio mamá	9 / 11	1196,5	0,008
Ingresos x integrante	100.000/135.000	1227,5	0,025

Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008.

TABLA 4
FACTORES DE RIESGO PARA INICIACIÓN DE LECHE ENTERA EN MENORES DE UN AÑO

Técnica: regresión logística		
Prueba omnibus:	Hosmer- Lemeshow	Variables
Chi cuadrado 17,3 p:0,000	Chi cuadrado 1,1 p:0,57	hnos4: “ o + hermanos/ 0 ó 1
		incomp2: inicio complementaria antes de cuatro meses vida

Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008.

VARIABLES EN LA ECUACIÓN

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	incomp2	1,336	,419	10,183	1	,001	3,804	1,674	8,643
Paso 2(b)	Constante	-1,916	,714	7,204	1	,007	,147		
	incomp2	1,368	,433	9,955	1	,002	3,926	1,679	9,181
	hnos4	1,200	,480	6,248	1	,012	3,319	1,296	8,502
	Constante	-4,058	1,171	12,012	1	,001	,017		

a Variable(s) introducida(s) en el paso 1: incomp2.

b Variable(s) introducida(s) en el paso 2: hnos4.

Fuente: Londoño A, Mejía S. Prevalencia de malnutrición, anemia y algunos factores de riesgo asociados en niños menores de cinco años. Calarcá 2006-2008

Referencias bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud. Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). [acceso: noviembre de 2008]. Consultado en: <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/IMCI/aiepi-27-inv-ops.htm>
- Organización Mundial de la Salud. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Serie OPS/FCH/CA/O5.05.E [acceso: 25 de agosto de 2008]. Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-evidencias.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003 [acceso: abril de 2010]. Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-18-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Comisión Europea de Ayuda Humanitaria. Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones del país. Informe final. Bogotá D.C., diciembre de 2005 [acceso: noviembre de 2008]. Consultado en: http://docustore.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp086486.pdf
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Indicadores Básicos de Salud 2008 [acceso: enero de 2010]. Consultado en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). La nutrición y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Progreso para la Infancia. 2006 mayo; (4) [acceso: abril de 2010]. Consultado en: <http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2006n4/index.html>
- Kolb AF. The Prospects of Modifying the Antimicrobial Properties of Milk. *Biotechnology Ad-*



- vances. 2001; 19: 299-316 [acceso: abril de 2010]. Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
8. Unicef. La infancia y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: avances de un mundo apropiado para los niños y niñas. New York, diciembre de 2007 [acceso: mayo de 2010]. Consultado en: <http://www.oei.es/inicial/mundoinfancia.pdf>
 9. National Immunization Survey, United States. Racial and Ethnic Differences in Breastfeeding Initiation and Duration, by State, 2004-2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. 2010 March 26; 59(11): 327-34 [acceso: 6 de abril de 2010]. Consultado en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm5911.pdf>
 10. Marshall R, Rêgo VH, Miroshnik I, Lieu TA, Tavaras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M. Breastfeeding Opinions and Practices of Clinicians Associated With Continuation of Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics*. 2004; 113; e283-e290 [acceso: mayo de 2010]. Consultado en: <http://highwire.stanford.edu/>
 11. Barría RM, Santander G, Victoriano T. Factors Associated With Exclusive Breastfeeding at 3 Months Postpartum in Valdivia, Chile. *Hum Lact*. 2008; 24: 439 [acceso: junio de 2010]. Consultado en: <http://highwire.stanford.edu/>
 12. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd PL, Lucas A, Kleinman RE. Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: What is the Evidence to Support Current Recommendations? *Am J Clin Nutr*. 2007; 85(Suppl.): 635S-8S [acceso: junio de 2010]. Consultado en: <http://highwire.stanford.edu/>
 13. Anderson AK, Damio G, Young S, Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. A Randomized Trial Assessing the Efficacy of Peer Counseling on Exclusive Breastfeeding in a Predominantly Latina Low-Income Community. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005; 159: 836-41 [acceso: junio de 2010]. Consultado en: www.archpediatrics.com
 14. OMS. Consejería en Lactancia Materna. Curso de Capacitación. Organización Mundial de la Salud, 1993. WHO/CDR/93.4. Edición revisada agosto 1998. Ginebra- Suiza.
 15. Restrepo Vélez O, Mosquera M. PA. Participación y empoderamiento comunitario: tareas pendientes de la atención primaria de salud. En: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Atención Primaria Integral de Salud: estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá, 2009. p. 239-68.
 16. Olivera Donato G, Herrera M. Estrategia Escuelas Saludables Colombia. Memorias de la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2002. p. 172-89 [acceso: noviembre de 2008]. Consultado en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_COL.pdf