

---

## Carta al Editor

### *Lactancia materna: intervención integral vs cuidados estándar*

Señor Editor:

Los resultados presentados en el artículo “Lactancia Materna: Intervención Integral vs Cuidado Estándar”<sup>1</sup> sobre la lactancia exclusiva a los dos meses, son sorprendentes. Dadas las notables diferencias en los factores del manejo del parto y puerperio, entre los dos grupos, que influirían significativamente en la lactancia se habría esperado un gran aumento de la lactancia exclusiva, sobre todo en una evaluación tan precoz como son los 2 meses. Este comentario tiene por objetivo analizar esta información respecto a las alternativas que se debieran considerar en un plan de estimulación de la lactancia en nuestro país, y no cuestionar la atención integral del parto, que ojalá fuera una posibilidad para todas las madres en Chile, dado los altos niveles de satisfacción que presenta<sup>1</sup>.

Las bajas cifras observadas en general, obtenidas en una situación en que no hay ganancias positivos o negativos relacionados con la respuesta, son mucho menores que las reportadas en el mismo servicio de salud a que corresponde esta población. Las cifras de lactancia exclusiva del Servicio de Salud Sur Oriente son de 60% a los 3 meses, y en el reporte de Lucchini. Son de 56% a los 2 meses, en el mejor de los casos<sup>2</sup> ¿Es que la imagen de los servicios de salud sigue siendo muy autoritaria y el usuario contesta lo que el funcionario espera escuchar en atención primaria cuando se realiza la encuesta de alimentación? ¿En qué cifras confiar? Es evidente la necesidad de obtener información fidedigna sobre la lactancia, problemática planteada en publicaciones previas<sup>3</sup>.

La información reportada es sugerente de que los factores más influyentes en la duración de la lactancia, en nuestro país, no están en el momento del parto y el puerperio inmediato, dado que una óptima atención en parto, con contacto piel a piel y alimentación precoz, ha

tenido tan poco impacto en la lactancia, en un grupo de madres saludables y de muy bajo riesgo, como las que fueron estudiadas<sup>1</sup>.

¿Cuál podría ser una intervención adecuada, de costo razonable, que realmente impactara en prolongar la lactancia materna de nuestra población? La respuesta no es fácil. Los factores que influyen en la lactancia exclusiva en una población son complejos, multifactoriales y no todos conocidos<sup>4-6</sup>.

En la reflexión, la experiencia cotidiana y la revisión de la literatura he considerado tres aspectos fundamentales:

El paradigma de la mujer moderna ha desplazado la lactancia de la presencia social. Se requiere un esfuerzo nacional e internacional es incorporar la imagen de la mujer lactando en los medios y la vida nacional y un fuerte impacto en la educación preescolar, primaria y secundaria, en los aspectos de vida saludable y autocuidado. Lo que antes se aprendía en la familia, ahora debe incorporarse en el colegio. La ausencia de la imagen de la madre lactando en el trasfondo cultural de las nuevas generaciones, por conversaciones con profesionales jóvenes, parece hacer lejano y ajeno este rol. Habría que evaluar el impacto que podría producir la incorporación en los medios de esta imagen: mujeres profesionales, exitosas, de muy buena apariencia, lactando o extrayéndose leche en las campañas de vida saludable, en las teleseries de producción nacional, como una práctica de alto nivel. Existe una suerte de pudor y de algo profundamente ajeno en nuestras jóvenes, aun de carreras vinculadas con la salud.

El otro aspecto fundamental es incrementar la educación respecto a la bajada y mantención de la leche y el cuidado del lactante. La práctica de usar pecho y fórmula, arraigada en la población de bajo nivel educacional, que ahora puede tener acceso a fórmulas, como también en las mujeres latinas emigrada a países desarrollados, requiere continua y persistente educación<sup>6</sup>. El reconocimiento de las señales del lactante y las alternativas de apaciguamiento, deben mostrarse para reducir el uso de suplementos como tranquilizador<sup>7</sup>. El uso de porta bebé o el envolvimiento que contiene, junto con mecer, reproducir los sonidos intrauterinos

y ofrecer succión permiten contener durante el período de “cólicos” o “llanto del crepúsculo”. Las intervenciones en educación que sólo consideren las ventajas para el hijo, producen menor impacto. Sólo si se incluyen los intereses de la madre, aspectos de la diada y familiares pueden producirse modificaciones<sup>8,9</sup>.

La principal causa aducida para abandonar la lactancia en madres comprometidas es la apreciación de insuficiente cantidad de leche, que el niño queda con hambre<sup>10</sup>. ¿Cómo modificar esta situación? Las clínicas de lactancia para la madre con dificultades, que permita corregir dificultades técnicas y obtener el consejo y recomendación de los pares<sup>11-13</sup>. El efecto de la clínica de lactancia no es producido por la consulta individual que existe en los programas de atención primaria, ya que hay muy pocos centros públicos que tienen clínicas para las nodrizas vulnerables.

Pero la insuficiente cantidad de leche puede ser real: el tabaquismo, la obesidad pregestacional, la dieta hipocalórica reducen el volumen de leche producido, a través de diferentes mecanismos<sup>14-16</sup>. Por otro lado, el mayor consumo de frutas y verduras se ha asociado a mayor lactancia<sup>17</sup>. Si bien los autores de este estudio explican esta asociación, como determinada por la disposición de las madres para la lactancia; esta misma explicación se dio para la madre con obesidad pregestacional y el tabaquismo inicialmente, documentándose posteriormente su base biológica<sup>18,19</sup>. Además es notable lo consistentes que son los datos según número de verduras y frutas consumidas, con un efecto tope en 3 frutas, 5 o más verduras y/o frutas<sup>17</sup>. Es posible que contenidos funcionales de frutas y verduras como isoflavonas u otros tengan un efecto galactogogo, es un aspecto muy interesante, y también preocupante considerando la baja ingesta de frutas y verduras en la población de menores ingresos. Es una buena hipótesis para contrastar con estudios controlados, aleatorizados. Reducir el tabaquismo, mantener una dieta adecuada, eventualmente aumentar el consumo de frutas y verduras y a mayor plazo, reducir el sobrepeso y obesidad podrían contribuir a prolongar la lactancia exclusiva.

La otra reflexión que trae la publicación ci-

tada<sup>1</sup>, es que insistir en el contacto piel a piel postparto, no contando con condiciones de observación profesional adecuada, puede someter a un riesgo, que es aún más preocupante si no se compensa con un efecto significativo sobre la lactancia, sin desconocer su probable efecto en las conductas afectivas maternas<sup>20,21</sup>. Prácticas favorables para la lactancia en una cultura, pueden no darse en otras<sup>22</sup>. Realizar estudios pilotos controlados aleatorizados antes de implementar una política pública sigue siendo fundamental para diferenciar asociaciones y causalidad.

**Dra. Patricia Mena Nannig**  
*Jefe de Servicio de Recién Nacidos*  
*CA Dr. Sótero del Río*  
*Profesor Asociado Adjunto Pediatría PUC*

## Referencias

- 1.- Lucchini R, Uribe C, Villarroel L, Rojas A: Lactancia Materna: Intervención Integral vs Cuidado Estándar. *Rev Chil Pediatr* 2013; 84: 138-44.
- 2.- Servicio de Salud Sur Oriente. Departamento de estadísticas. 2012
- 3.- Atalah E, Castillo C, Reyes C: Efectividad de un programa nacional de fomento de la lactancia materna en Chile 1993-2002. *Arch Latinoam Nutr* 2004; 54: 374-9.
- 4.- WHO. Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on infant and young child feeding. 2012; [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5515.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf)
- 5.- Lutter CK, Morrow AL: Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr* 2013 Mar 1; 4 (2): 213-9.
- 6.- Neifert M, Bunik M: Overcoming Clinical Barriers to Exclusive Breastfeeding. *Pediatr Clin N Am* 2013; 60: 115-45.
- 7.- Kair LR, Kenron D, Etheredge K, Jaffe AC, Phillipi CA: Pacifier Restriction and Exclusive Breastfeeding. *Pediatrics* 2013; 131: e1101-e1107.
- 8.- McInnes RJ, Hoddinott P, Britten J, Darwent K, Craig LC: Significant others, situations and infant feeding behaviour change processes: a serial qualitative interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 114.
- 9.- Tully KP, Bal HL: Trade-offs underlying maternal breastfeeding decisions: a conceptual model. *Mater Child Nutr* 2013; 9: 90-9.
- 10.- Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L: Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics* 2013; 131: e726-e732.
- 11.- Alvarado R, Atalah, Díaz S, et al: Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation *Food Nutr Bul* 1996; 17: 49-53.
- 12.- Kaunonen M, Hannula L and Tarkka M-T: a systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2012; 21: 1943-54.
- 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 (9): 836-41.
- 14.- Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G: The Copenhagen Cohort Study on Infant Nutrition and Growth: breast milk intake, human milk macronutrient content, and influence factors. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 600-11.
- 15.- Rasmussen KM: Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance. *Annu Rev Nutr* 2007; 27: 103-21.
- 16.- Vio F, Salazar G, Infante C: Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr* 1991; 54: 1011-6.
- 17.- Andersen AN, Lund-Andersen C, Larsen JF, et al: Suppressed prolactin but normal neu Rophysin levels in cigarette smoking breastfeeding women. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1982; 17: 363-8.
- 18.- Amira L, Donath SM: Maternal diet and breastfeeding: A case for rethinking physiological explanations for breastfeeding determinants. *Early Human Development* 2012; 88: 467-71.
- 19.- Rasmussen KM, Kjolhede CL: Prepregnant overweight and obesity diminish the prolactin response to suckling in the first week postpartum. *Pediatrics* 2004; 113: 5 e465-e47.
- 20.- Mena P, Novoa JM, Cortés JP: Eventos adversos graves de la transición conjunta en el recién nacido. Caso clínico. *Rev Chil Pediatr* 2013; 84: 177-81.
- 21.- Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16; 5: CD003519.
- 22.- White AL, Carrara VI, Paw MK, et al: High initiation and long duration of breastfeeding despite absence of early skin-to-skin contact in Karen refugees on the Thai-Myanmar border: a mixed methods study. *Int Breastfeed J* 2012; 7 (1): 19.