

El tipo de parto, ¿podría condicionar el éxito en la lactancia materna exclusiva?

Paulo Silva Ocampo^{1,2}, Nicolás Vargas¹, Nathaly Leon¹, Samuel Duran Agüero², Marianela Araya², Joanna Rudman² Guadalupe Muñoz¹.

¹ Dirección de Salud Comunal El Bosque, Servicio de Salud Metropolitano Sur SSMS, Santiago de Chile,

² Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Chile.

Resumen

Fundamentos: Existen pocos trabajos que muestren factores de riesgo y protección asociados a la Lactancia Materna exclusiva (LME). El objetivo fue determinar qué factores constituyen elementos de protección o de riesgo para la instalación de LME en mujeres de distinto nivel socioeconómico y educativo, controladas en el sistema público de salud de Santiago.

Métodos: Una muestra de 242 madres, atendidas en sistema público, con hijos de entre 1 y 6 meses, a quienes se les aplicó una encuesta sobre LME.

Resultados: Las principales causas de destete fueron "no se llena queda con hambre" 18,8%, seguida por las causas "rechazo del niño al pecho" 12%, e "inicio de actividades laborales o estudiantiles" 12%. La regresión logística mostró que el parto vaginal está asociado positivamente a la LME (OR 0,44; IC 0,24 – 0,78), en cambio el no tener experiencia previa o haber tenido una mala experiencia está asociado negativamente a la LME (OR 3,82; IC 1,87 – 7,78).

Conclusiones: El parto vaginal es un elemento protector que está ligado a los procedimientos que le siguen y que permiten una inducción temprana de la lactancia.

Palabras clave: Lactancia Materna Exclusiva; tipo de parto; factores protectores.

The type of childbirth, could condition success in exclusive breastfeeding?

Summary

Background: Few studies show risk and protection factors associated with it, and although the prevalence of LME. The objective was to determine which factors constitute elements of protection or risk for the installation of LME in women of different socioeconomic and educational levels, controlled in the public health system of Santiago.

Methods: A sample of 242 mothers, attended in public system, with children between 1 and 6 months. To whom a survey on LME was applied.

Results: The main causes of weaning were "not filled, with hunger" "18.8%, followed by causes" rejection of the child to the breast" 12%, and" onset of work or student activities "12%. Logistic regression showed that protective vaginal delivery (OR 0.44 IC 0.24 - 0.78) and having no prior experience or having a poor experience is at risk (OR 3.82 CI 1.87 - 7.78).

Conclusions: Vaginal birth is a protective element that is linked to the procedures that follow and allow early induction of lactation.

Key words: Exclusive Breastfeeding; type of delivery; protective factors.

Correspondencia: Paulo Silva Ocampo

E-mail: paulo.silva@uss.cl.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses como un alimento óptimo, capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales para alcanzar un óptimo crecimiento, desarrollo y maduración del niño. Por otra parte, su composición rica en factores asociados a la inmunidad, disminuyen el riesgo de episodios de diarrea, bacteremias, neumonía y meningitis durante el primer año de vida (1). Dentro de los beneficios atribuidos a la LME, se encuentra su asociación con una menor prevalencia en el riesgo de que el niño padezca de obesidad y diabetes en su adultez (2). En lo que se refiere a trabajos relacionados con medidas de asociación en Chile, Niño y cols. (3) demostraron que dentro de los factores que se consideran protectores para la mantención de la LME hasta el sexto mes de vida se encuentran: una experiencia exitosa previa de lactancia, sexo femenino del recién nacido y escolaridad primaria y secundaria; además se ha encontrado que una buena educación sanitaria preparto y posparto es muy importante para hacer que inicie, continúe y aumente la prevalencia de la lactancia materna, siendo otro factor importante, la ocupación materna. El informe anual 2015 (4) publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) del cual Chile es miembro, se observa el aumento del número de partos por cesárea en casi en la totalidad de los países miembros y Chile no queda exento a esta realidad, presentando un incremento de casi un 13,7% entre los años 2006 (31%) y 2013 (44,7%) (4). En este sentido, estudios muestran que el parto por cesárea puede constituir un factor de riesgo sobre la instauración de la lactancia materna, especialmente post parto por significar una lactogénesis y lactopoyesis retrasada (5) y en consecuencia, el parto vaginal podría ser un probable efecto protector que duraría más allá del puerperio (6), no obstante la evidencia en este sentido es contradictoria (7). El objetivo del presente estudio es determinar qué factores constituyen elementos de protección o de

riesgo para la instalación de LME en mujeres de distinto nivel socioeconómico y educativo, controladas en el sistema público de salud de Santiago.

Material y métodos

El diseño del estudio fue descriptivo de tipo transversal, madres controladas en el sistema público en una comuna de la ciudad de Santiago de Chile, Se realizó un muestreo no probabilístico tomando como base el artículo de Niño y cols. (3) encuestando finalmente a 242 madres.

Selección de la muestra

Las madres se seleccionaron en Centros de Salud Familiar de la comuna de El Bosque, cuando asistían al “control de niño sano” de sus hijos/as (control de crecimiento y desarrollo del niño), previa autorización de comité de ética del servicio de salud metropolitano sur.

Criterios de inclusión: Madres entre 1 y 6 meses post parto, con antecedentes obstétricos de parto vaginal o cesárea, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado. Criterios de exclusión: Madres con post parto con patología sistémica grave o enfermedad grave del hijo/a.

Instrumento

Se utilizó el instrumento utilizado y validado por Niño y cols. (3). El documento utilizado posee un total de 23 ítems agrupados en las siguientes áreas: a) variables sociodemográficas maternas: Edad, paridad, nivel educativo, ocupación, estado civil, b) antecedentes del recién nacido: vía del parto, sexo, c) variables sociodependientes, que evalúan características intervinientes en la duración de la lactancia materna: experiencia previa en LM anteriores, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la LM, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de

inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de LM.

Estadística

Los valores se presentan en número y %, Por medio de regresiones logísticas de un factor, se calculó la razón de disparidad (odds ratio (OR)) entre cada una de las variables de exposición estudiadas y la probabilidad de tener LME. Las variables categóricas fueron analizadas en forma dicotómica: edad materna (< 25 años vs 25 años ó más), escolaridad (universitaria vs primaria/secundaria); actividad laboral (trabajadora/estudiante vs ama de casa), vía de parto (cesárea vs parto vaginal), estado civil (casada vs soltera/conviviente), información sobre la lactancia (sí vs no), paridad (primigesta vs múltipara) y experiencias anteriores de lactancia (exitosa vs sin experiencia o regular/ mala). Se utilizó el paquete estadístico STATA, se tomó como significativo $p < 0.05$.

Resultados

Se entrevistó a 242 nodrizas, las que constituyeron la población en estudio. En la tabla 1, se muestran las características sociodemográficas de la muestra en estudio, en ella se observa una distribución etaria que destaca un 42,6% en la franja entre los 16 a 24 años. En su mayoría (52,9%) son nodrizas múltiparas y el 54,96% de ellas tuvo un parto por vía vaginal. De las 242 madres, el 54% mantienen LME al sexto mes post-parto (datos no mostrados). Cabe destacar que en aquellas nodrizas que sólo tienen enseñanza básica, sólo el 13,2% de ellas, finalizó dicho nivel educativo. En cuanto a las orientaciones en LM recibidas y sus características, éstas se presentan en la tabla 2, donde el 77,3% de las madres declara haber recibido dicha orientación y en cuanto a la oportunidad, el 47,1 % reconoce haberla recibido tanto durante el embarazo como con posterioridad a éste. En la tabla 3, se presentan las principales razones de abandono de lactancia materna de la muestra, el 20,5% corresponde

a causas no determinadas, en orden de magnitud, la segunda causa es “no se llena, queda con hambre” con un 18,8%, seguida de “rechazo del niño al pecho” e “inicio de actividades laborales o estudiantiles”, ambas con 12% respectivamente. Dentro de las razones de abandono de la LME, la “falta de leche”, constituyó un 11%. El análisis de regresión logística multivariada (Tabla 4) mostró que “parto por vía vaginal” (OR 0,44; IC 0,24 – 0,78) era un factor protector, en cambio “no tener experiencia previa” como el “haber tenido una experiencia previa mala”, se comportan como factores de riesgo para la LME (OR 3,82; IC 1,87 – 7,78).

Discusión

La prevalencia de LME al sexto mes encontrada en la muestra es de 54%, en concordancia con meta OMS global al 2025 (8). La principal causa de abandono mostrada está representada por “otros motivos no precisados” con un 20,5%. Probablemente, esta cifra tan elevada fue magnificada por el motivo “voluntariedad de la madre”, que en el presente estudio representó un 2,6%, siendo un factor de magnitud mayor, como lo demostrado en el estudio de Niño y cols. Por otra parte, las causales de abandono “no se llena, queda con hambre”, “rechazo del niño al pecho” y “falta de leche representan un 41,8% del total de causas de fracaso de la LME. Estas 3 variables están asociadas fuertemente a la información con que cuenta la madre y las familias sobre el tema. Así, si una madre que refiere que su hijo queda con hambre puede, en control de salud, objetivar dicha información controlando el incremento diario de peso del lactante y su estado nutricional integral, de esta manera, se podría encontrar casos de niños alimentados correctamente con buenos incrementos de peso y estado nutricional normal que ante la opinión subjetiva de su madre, esta responda otorgando leche de fórmula para complementar o reemplazar la LME. La misma situación se podría observar para la declaración “falta de leche”. Adicionalmente, la técnica de lactancia debe ser revisada por el equipo de salud y en instancias cuyo fin sea el mejoramiento de la lactancia materna

Tabla 1. Características Sociodemográficas de Madres.

Variable	TOTAL	
	n	%
Edad (años)		
16 a 24	103	42,6
25 a 29	77	31,8
30 a 34	35	14,5
35 a 44	27	11,2
Total	242	100
Escolaridad	n	%
Básica	32	13,2
Media	172	71,1
Universitaria	38	15,7
Total	242	100
Paridad	n	%
Primípara	114	47,1
Múltipara	128	52,9
Total	242	100
Estado Civil	n	%
Soltera	83	34,30
Casada	64	26,45
Conviviente	95	39,26
Total	242	100
Ocupación	n	%
Ama de Casa	145	59,92
Trabajadora	77	31,82
Estudiante	20	8,26
Total	242	100,00
Vía del Parto	n	%
Vaginal	133	54,96
Cesárea	109	45,04
Total	242	100

Tabla 2. Orientaciones sobre Lactancia Materna.

Orientaciones sobre ventajas e importancia de Lactancia materna	n	%
Si	187	77,3
No	55	22,7
Total	242	100
Cuando las Recibió	0	
Antes del Embarazo	29	11,8
Educación Embarazadas atención primaria de salud	35	14,4
Después del parto en Maternidad	34	13,9
Después del parto en controles de salud	31	12,8
En varios Momentos	114	47,1
Total	242	100

Tabla 3. Motivo de Abandono de Lactancia Materna Exclusiva.

Variable	TOTAL	
	n	%
Motivo de Abandono		
Enfermedad del Niño	19	7,7
Enfermedad de la Madre con fármacos excretados por la leche materna	10	4,3
Enfermedad de la Madre relacionada con la mama o el pezón	17	6,8
Rechazo del niño al pecho	29	12,0
No se llena, queda con hambre	46	18,8
Incorporación a sala cuna	8	3,4
Falta de leche	27	11,1
Voluntariedad de la Madre	6	2,6
Inicio de Actividades laborales o Estudiantiles	29	12,0
Estética	2	0,9
Ambiente familiar inadecuado	0	0,0
Otros	50	20,5
Total	242	100,0

Tabla 4. Factores Asociados a Lactancia Materna Exclusiva Según Regresión Logística Multivariada.

Variable	OR	95% IC	Valor p
Edad Madre sobre 30 años	1,34	0,65 – 2,74	0,40
Escolaridad Materna Universitaria	0,91	0,40 – 2,08	0,83
Ocupación Materna Trabajadora/Estudiante	1,37	0,74 – 2,52	0,30
Estado Civil Soltera	0,78	0,41 – 1,45	0,43
Paridad	1,28	0,58 – 2,83	0,53
Orientación en Lactancia	0,98	0,45 – 2,15	0,97
Parto Vaginal	0,44	0,24 – 0,78	0,006
Experiencia previa Negativa o sin experiencia	3,82	1,87 – 7,78	<0,001

como lo es la clínica de lactancia, coincidentemente, la evidencia internacional demuestra la importancia de contar con profesionales competentes que en una actividad exclusiva, puedan corregir aquellos aspectos susceptibles de mejora y que aseguren la LME (9). Por otra parte, en el análisis multivariado, un factor de riesgo encontrado es ser primigesta o haber tenido una mala experiencia en lactancia anterior. Esta condición ha sido relevada en otro estudio (10). Estas dos causas aumentan en casi 4 veces el riesgo de interrupción de LME. Se sugiere se puedan realizar acciones focalizadas e implementar instrumentos de evaluación simples que indiquen cómo fue la

experiencia anterior en cuanto a LME. El parto de tipo vaginal se constituye como un factor protector de acuerdo a su OR (odds ratio), de manera independiente a la edad post parto del lactante. Esta observación, se condice con un estudio que indica que la cesárea (CS) es un factor de riesgo en la interrupción de la LME (11). El efecto de la CS en la lactancia, podría estar mediado a través de procesos que retrasen el inicio de la misma, al interrumpir la interacción madre-niño, lo que puede dificultar la eyección láctea y/o el acople efectivo del binomio madre-hijo. La evidencia científica indica que las primeras horas postnatales, son cruciales para establecer la adecuada interacción y

acople madre-lactante lo que consecuentemente puede determinar el éxito de la lactancia materna (12). El momento de la primera alimentación es un factor determinante (13) y los procedimientos de atención postoperatoria después de una CS interrumpen este apego, considerando además el desconfort de la madre (14). Por otra parte, en las últimas décadas ha disminuido dichos interferentes, al incorporar la utilización de fármacos de última generación con elevado poder anestésico que favorece y acelera la recuperación materna (15). Adicionalmente, un estudio canadiense que reporta que el 47,9% de los niños sanos es suplementado con fórmula durante la hospitalización (16), remarca la idea de que a nivel internacional, existe frecuentemente la indicación de administrar fórmulas lácteas a los lactantes durante su hospitalización, información ausente a nivel local, no existiendo datos publicados al respecto en Chile, hasta la fecha.

En lo que se refiere a las implicancias de la CS en la fisiología de la lactancia, se ha documentado que los niños nacidos de esta manera presentan una ingesta de leche significativamente menor entre los días 2 y 5 postparto comparado con los niños nacidos por vía vaginal y consecuentemente sólo el 20% de los niños CS ganan un peso equivalente al 40% de los niños nacidos por vía vaginal, al sexto día post parto (17). Esto puede ser explicado por disminuciones en los niveles de insulin-like growth factor 1 (IGF-1) en la leche materna después de CS comparado con el parto vaginal (18). Estos patrones alterados también pueden influenciar la secreción hormonal en la madre, de esta manera, se ha documentado que las madres sometidas a CS presentarían niveles plasmáticos disminuidos de oxitocina, lo que no solamente afectaría la secreción de leche, sino que también el proceso de apego (19). Adicionalmente, la CS aumentaría los niveles circulantes de dopamina, inhibiendo la secreción de prolactina, en consecuencia limitando la lactogénesis (20).

Los antecedentes explicitados pueden sugerir que el efecto protector del parto vaginal se produce dados los perjuicios de la CS y éstos

se verían afectados tanto por los procedimientos asociados a la CS como por eventos fisiológicos que le siguen y que conspirarían en contra de la LME. Respecto al canal del parto mismo, diversas investigaciones muestran que el parto vaginal proporciona un perfil de microbiota distinto al entregado por CS (21) y considerando los efectos de la microbiota en elementos tan importantes como la inmunidad y el metabolismo del niño (22), no es aventurado sugerir que pueda tener efectos en la LME tomando en cuenta que su desarrollo y establecimiento son producto de la interacción de madre e hijo. Es necesario, la elaboración de investigaciones que aporten mayores luces en relación a factores que indiquen en LME y como protegerla, de manera demográficamente representativa e idealmente de carácter macro regional.

Entre las debilidades del presente estudio podemos nombrar que es un estudio transversal, por lo que sólo podemos hablar de asociación y no causalidad, adicionalmente los datos se obtuvieron a través de una encuesta realizada, en algunos casos, varios meses después del destete, lo que podría determinar menor confiabilidad de la información por una sobreestimación de la duración real de la lactancia.

Conclusión

Las causas de destete encontradas en el presente estudio pueden ser abordadas por equipos de atención primaria de salud, en especial a las madres sin experiencias o con experiencias previas negativas. El parto vaginal es un elemento protector que está ligado a los procedimientos que le siguen y que permiten una inducción temprana de la lactancia, sin embargo, no se puede rechazar la teoría de que fisiológicamente el paso por el canal vaginal en sí mismo puede influir en la LME.

Agradecimientos

A las autoridades de la Dirección de Salud Comunal El Bosque.

Referencias

1. Horta BL, Victora C, Gigante D, Santos J, Barros F. Breastfeeding duration in two generations. *Rev Saude Publica.* 2007; 41(1):13-18.
2. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, Wade A, King SE. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):CD001141.
3. Niño R, Silva G, Atalah E. Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile. *Rev Chil Pediatr.* 2012. 83(2):161-169.
4. Indicators, O. E. C. D. (2015). *Health at a Glance 2011.* OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. (Accessed February, 15, 2016).
5. Isik Y, Dag Z, Tulmac O, Peck E. Early postpartum lactation effects of cesarean and vaginal birth. *Ginekol Pol.* 2016;87(6):426-430.
6. Yilmaz E, Yilmaz Z, Isik H, Gultekin IB, Timur H, Kara F, Kucukozkan T. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Exclusive Breastfeeding Rates in Turkish Adolescent Mothers. *Breastfeed Med.* 2016. [Epub ahead of print]
7. Sharief NM, Margolis S, Townsend T. Breastfeeding patterns in Fujairah, United Arab Emirates. *J Trop Pediatr,* 2001;47(5):304-306.
8. WHO, Maternal, infant and young child nutrition t.E.B.a.t.S.-n.W.H. Assembly, Editor. 2016, WHO: GENEVA. p. 10.
9. Dennison BA, Nguyen TQ, Gregg DJ, Fan W, Xu C. The Impact of Hospital Resources and Availability of Professional Lactation Support on Maternity Care: Results of Breastfeeding Surveys 2009-2014. *Breastfeed Med.* 2016;11:479-486.
10. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health.* 2003;94(4):300-305.
11. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr,* 2012;95(5):1113-1135.
12. Winber J. Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. *Dev Psychobiol.* 2005;47(3):217-229.
13. Nakao Y, Moji K, Honda S, Oishi K. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: a self-administered questionnaire survey. *Int Breastfeed J.* 2008;3:1.
14. Batal M, Boulghaurjian C. Breastfeeding initiation and duration in Lebanon: are the hospitals "mother friendly"? *J Pediatr Nurs,* 2005;20(1):53-59.
15. Varendi, H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? *Lancet.* 1994;344(8928):989-990.
16. Gagnon AJ, Zakarija-Grković I. In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact,* 2005;21(4):397-405.
17. Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2003;88(5):F380-382.
18. Pawlus B, Walczak M, Kordek A, Gizewska M, Czajka R. Impact of delivery type on EGF and IGF-1 concentration in umbilical blood of newborns and their mothers' milk. *Ginekol Pol;*2004;75(11):821-814.
19. Hyde MJ, Mostyn A, Modi N, Kemp PR. The health implications of birth by Caesarean section. *Biol Rev Camb Philos Soc.* 2012;87(1):229-243.
20. Ben-Jonathan N, Hnasko R. Dopamine as a prolactin (PRL) inhibitor. *Endocr Rev.* 2001;22(6):724-763.

Tipo de parto y lactancia materna

21. Rutayisire E, Huang K, Liu Y, Tao F. The mode of delivery affects the diversity and colonization pattern of the gut microbiota during the first year of infants' life: a systematic review. *BMC Gastroenterol.* 2016;16(1):86.

22. Shreiner AB, Kao JY, Young VB. The gut microbiome in health and in disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2015;31(1):69-75.