

## Lactancia materna en la Argentina. Un desafío personal

### *Breastfeeding in Argentina. A personal challenge*

La importancia de promover y proteger la lactancia materna como política de salud pública, es ampliamente conocida. Cómo hacerlo, no lo es tanto, porque para saber esto hay que conocer nuestra realidad. Se comienza con la pregunta *¿cuántos?*, se profundiza con la pregunta *¿por qué?* y debería seguir la pregunta *¿qué puedo hacer?*

La Encuesta Nacional de Lactancia Materna, cuyos resultados analizan en este número de *Archivos*, Mangialavori y col.,<sup>1</sup> trató de responder los primeros interrogantes: cuántas madres atendidas en el sector público de salud amamantan de alguna manera a sus hijos y qué factores, entre muchos conocidos, influyen sobre esa posibilidad. A medida que se muestran los resultados de esta investigación, surgen algunas reflexiones.

En primer término, se descartó el 20 % de las encuestas por estar fuera del rango etario o no poseer datos de ingestión. Si bien una pérdida de esta magnitud es habitual en las investigaciones que utilizan esta metodología, es bueno preguntarse si no es posible mejorar. Los datos reales son fundamentales para poder implementar políticas efectivas. Los conceptos de responsabilidad y precisión en las acciones, deberían incorporarse desde etapas tempranas en la educación, tanto familiar como escolar en todos los niveles.

Otro punto es que, un 46,5 % de los menores de 6 meses recibían complemento y, en un 28,3 % de los casos, el complemento era leche de vaca, un alimento inadecuado para las necesidades de crecimiento y desarrollo del lactante por su elevado tenor de proteínas, su menor capacidad antibacteriana, su alta carga renal de solutos con riesgo de deshidratación y su asociación de deficiencias de aminoácidos, ácidos grasos esenciales, hierro, cinc y vitaminas.<sup>2</sup>

Queda sin contestar por qué las familias optaron por la leche de vaca para complementar a sus hijos lactantes: ¿desconocimiento, falta de recursos económicos para acceder a fórmulas infantiles? En cualquiera de ambos escenarios se detecta la vulnerabilidad y la profundización del deterioro por falta de oportunidades.

Se muestra que el nacimiento por cesárea se asoció con menor prevalencia de lactancia materna. En el sector público relevado, hubo un 39 % de nacimientos por cesárea. Esta cifra

casi se duplica en el sector privado, donde, en los pocos casos en que hay datos disponibles, se reporta un 66,8 %.<sup>3</sup> La cesárea no debería interferir con la primera puesta al pecho en sala de partos. La OMS recomienda el contacto piel a piel entre la madre y el niño inmediatamente luego del nacimiento, al margen de la vía de parto,<sup>4</sup> intervención asociada a promover el comienzo y mejorar la duración de la lactancia materna.<sup>5</sup>

El menor peso al nacer también se asoció con menor prevalencia de lactancia materna. Atrás de este dato están las interferencias que ocurren durante el nacimiento de estos niños en sala de partos por la necesidad de priorizar su atención. No todos los recién nacidos de menos de 2500 g requieren atención especializada inmediata. En recién nacidos estables, es posible respetar la ligadura oportuna del cordón, el contacto precoz piel a piel con su madre, la puesta al pecho en sala de partos e incluso la internación conjunta de la madre y su hijo. Se requiere personal capacitado e instalaciones adecuadas y, sobre todo, motivación para hacerlo.

La separación del binomio luego del nacimiento disminuye a medida que se avanza en el conocimiento de la importancia de no hacerlo y en el compromiso del equipo de salud para mantener el vínculo permanente, incluso en situaciones especiales. El binomio no debería separarse cuando solo se requieren controles y cuidados de baja complejidad. Para ello hay que jerarquizar la importancia de la internación conjunta, la capacitación del personal médico y de enfermería a cargo, y el desarrollo de protocolos de atención para estos casos. Incluso cuando el recién nacido debe ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, los padres tendrían que integrarse al equipo de salud, sin horarios, con apoyo para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. Todas estas acciones implican un cambio de mentalidad y un esfuerzo, pero a la luz de los conocimientos actuales, no son optativas.

La caída en los porcentajes de lactancia materna luego del egreso institucional, es multifactorial, incluyendo desde la falta de asesoramiento crucial durante el desarrollo de la activación secretora en las primeras semanas de vida, hasta la reinserción laboral precoz, o la falta

de apoyo a la lactancia materna en los centros de cuidado infantil.

El trabajo de Mangialavori y col., aporta datos de instituciones públicas. El subsector privado de nuestro sistema de salud, es muy heterogéneo en sus características. En 2019, de 622 038 nacidos vivos, 257 328 (40,9 %) nacieron en establecimientos de salud no oficial, una cantidad importante de población maternoinfantil de la cual no tenemos datos, con alta frecuencia de nacimientos por cesárea y protocolos de atención variables.<sup>6</sup>

Muchas de las reflexiones vertidas en estas líneas son conocidas. Serían estériles si quien las lee no asume alguno de los desafíos que podrían mejorar una situación de vital importancia. La lista de posibilidades es abrumadora desde una visión panorámica: tener bases de datos confiables, implementar acciones de promoción y protección de la lactancia materna en sala de partos, mejorar la internación conjunta, integrar a la familia en los cuidados intensivos neonatales, crear grupos de apoyo a la lactancia materna especialmente en las primeras semanas postparto, capacitar al personal de centros de cuidado infantil que reciben lactantes para el mantenimiento de la lactancia en situaciones de separación forzosa del binomio.

Pero al menos deberíamos comprometernos con hacer aquello que está al alcance de cada uno en su lugar de trabajo y en este momento de su vida profesional. ■

Norma E. Rossato   
 Editora Asociada

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.148>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.148>

**Cómo citar:** Rossato NE. Lactancia materna en la Argentina. Un desafío personal. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):148-149.

## REFERENCIAS

1. Mangialavori GL, Tenisi M, Fariña D, Abeyá Gilardon EO, Elorriaga N. Prevalencia de lactancia materna en el sector público de Argentina, según la Encuesta Nacional de Lactancia Materna, 2017. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(3):152-157.
2. González HF, Carosella M, Fernández A. Riesgos nutricionales en lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de la vida. *Arch Argent Pediatr*. 2021; 119(6):e582-e8.
3. Larcade R, Rossato N, Bellecci C, Fernández A, et al. Edad gestacional, vía de parto y relación con el día y hora de nacimiento en dos instituciones del sector privado de salud. *Arch Argent Pediatr*. 2021; 119(1):18-24.
4. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization; 2009. [Acceso: 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>
5. Beake S, Bick D, Narracott C, Chang YS. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017; 13(4):e12390.
6. Ministerio de Salud. DEIS. Serie 5. Estadísticas vitales. Información Básica Argentina – Año 2019. [Acceso: 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/publicaciones>