

¿POR QUÉ LAS MUJERES DEJAN DE AMAMANTAR? HALLAZGOS EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EMBARAZO Y SUPERVISIÓN DEL SISTEMA.

RESUMEN.

Objetivo: examinamos el comportamiento en la lactancia materna, periodos de vulnerabilidad para la lactancia, motivos para el abandono del tabaco en la lactancia y la asociación entre intenciones y comportamientos

Diseño del estudio: usados dos años (2000 y 2001). De los datos de evaluación de riesgo del embarazo y el sistema de monitoreo, se evaluó el porcentaje de mujeres que comenzaron la lactancia materna, continuación de 1 a 4 semanas, razones por no continuar o detener. Intenciones antes del parto sobre la lactancia materna y su relación con las conductas de amamantamiento posteriores. Asociación entre las intenciones y los comportamientos.

Resultados: se encontraron a un 32% de las mujeres que no había iniciado la lactancia, un 4% que había comenzado pero se detuvo en la primera semana, un 13 % que se detuvo en el primer mes y el 51% continuó hasta más de 4 semanas. Las mujeres jóvenes y las personas de escasos recursos socioeconómicos eran más propensas a dejar de amamantar durante el primer mes. Razones para la cesión: dolor en los pezones, producción inadecuada de leche, el niño tiene dificultades, y la percepción de que el bebé no fue saciado. Las mujeres que tenían la intención de amamantar, pensaron que podrían amamantar, o que tenían sentimientos ambivalentes acerca de la lactancia eran más propensas a iniciar la lactancia y continuar a través de los periodos vulnerables de la infancia temprana que aquellas que no planeaban amamantar.

Conclusiones: Nuestros resultados indican una necesidad de proporcionar apoyo a la lactancia después del parto, particularmente a las mujeres que pueden experimentar dificultades en la lactancia materna.

Los beneficios para la salud de la lactancia materna han sido documentados por numerosos estudios: los bebés amamantados son más saludables, los niños amamantados experimentan menos episodios de enfermedades como la otitis media, infección del tracto respiratorio superior, y para los trastornos gastrointestinales, y la lactancia materna puede incluso tener un efecto protector contra las muertes post-natal. Amamantar también fortalece el vínculo madre-hijo, reduce o elimina el coste de la compra de leche en polvo, mejora el desarrollo cognitivo entre los lactantes de bajo peso al nacer, y reduce enfermedades.

Aunque las tasas de lactancia materna en los Estados Unidos siguen aumentando, siguen siendo relativamente bajas entre ciertos grupos raciales y étnicos y entre los grupos de menores ingresos. Diversas iniciativas han intentado aumentar la lactancia materna en los

Estados Unidos, incluidas las políticas o estrategias para hacer frente a las bajas tasas observadas entre ciertos grupos de población. Unas pocas iniciativas han recomendado también la promoción de la lactancia materna por los programas a través del cual las mujeres embarazadas y lactantes podrán solicitar los servicios de salud, tales como el Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), que se creó bajo la Ley de Reautorización de 1988. El programa WIC sirve el 45% de todos los niños nacidos en los Estados Unidos (información adicional acerca del programa WIC se puede encontrar en www.fns.usda.gov/wic/aboutwic).

Es alentador que numerosos estudios hayan demostrado que las tasas de iniciación de la lactancia y el mantenimiento hayan aumentado en todos los sectores de la población durante la última década, incluidos los grupos de bajos ingresos. Una reciente revisión de estrategias de lactancia materna muestra que las mujeres lactantes que reciben apoyo profesional prolongar la lactancia materna más que aquellos que no lo hacen. A pesar de estos aumentos generales, sin embargo, muchas mujeres no inician la lactancia materna. Además, muchas otras dejan de amamantar poco después de su inicio. Los factores conocidos por estar asociados con la lactancia materna y no con el cese la lactancia materna temprana incluyen el tabaquismo, la exposición al humo de tabaco ambiental (HTA), el uso de medicación materna, los problemas físicos y mentales como la obesidad y la depresión, y las circunstancias que hacen que la lactancia materna sea difícil, como volver a la trabajo o la escuela. Para entender mejor las decisiones y comportamientos de las mujeres en lactancia y desarrollar estrategias para promover la lactancia materna durante los períodos críticos antes y después del parto, se utilizaron datos de la Evaluación de riesgo del embarazo y el Sistema de Monitoreo (PRAMS) para examinar varios factores que pueden estar asociados con la lactancia materna comportamientos. Pretendimos determinar por qué las mujeres dejaban de amamantar durante determinados intervalos.

MÉTODOS

Recopilar información sobre conductas maternas durante el embarazo y las experiencias de 31 estados y en Nueva York. Se utiliza una metodología estándar y electrónica de recogida de datos por teléfono, cuyos detalles están disponibles en www.cdc.gov/Reproductiva/PRAMS/methodology.htm. Cada mes, se selecciona una muestra aleatoria de los proyectos participantes de 11 de cada 250 mujeres con partos recientes nacidos vivos sobre la base de datos de los certificados de nacimiento de sus hijos. Un cuestionario se envía por correo a las madres seleccionadas de 2 a 6 meses después del parto. Los factores de expansión se utilizan para corregir la variación en los métodos de estratificación utilizada por cada proyecto.

El núcleo de preguntas son las mismas para todos los proyectos. Parte de la información del certificado de nacimiento se agrega al conjunto de datos de conjunto.

A efectos de este estudio, se combinaron datos de los años 2000 y 2001 de 10 estados (Arkansas, Colorado, Illinois, Louisiana, Maine, Nueva York, Ohio, Oklahoma, Utah y Virginia Occidental), que se recopilaron con encuestas de interés y las tasas de respuestas fueron un 70%. Examinamos las razones de las mujeres para no iniciar la lactancia materna y las razones que hicieron que detuvieran la lactancia cuando la iniciaron.

Además, se analizaron los comentarios escritos desde 1300 las mujeres que no iniciar la lactancia y 885 que iniciaron la lactancia materna, pero se detuvo.

También examinamos la intención de la lactancia materna y su relación con el comportamiento entre 6720 mujeres en Arkansas y Ohio, los dos únicos estados de la recogida de esta información.

La intención de la mujer de amamantar fue evaluada por la pregunta de opción múltiple, "Durante su último embarazo, ¿qué pensabas de la lactancia materna a su nuevo bebé?", fueron las opciones de respuesta (a) Yo sabía que iba a amamantar, (b) pensaba que podría amamantar, (c) sabía que no sería el pecho, y (d) No sabía qué hacer acerca de la lactancia.

La lactancia materna se define al inicio de empezar a amamantar en el período postparto temprano. Las categorías de duración de la lactancia fueron <1 semana (n = 1105), de 1 a 4 semanas (n = 4687), y > 4 semanas (n = 16 094). La última categoría incluyó a las mujeres que informaron de lactancia continuada cuando la encuesta se realizó (n = 10 477), así como aquellos que habían dejado de amamantar después del primer mes (n = 5617). También se analizaron los datos sobre las razones específicas de detención de la lactancia materna. Elegimos estos puntos de corte para examinar los factores que afectan a las decisiones de las mujeres con respecto a la lactancia materna en el período postparto temprano. La lactancia materna es uno de los temas que los pediatras deben cubrir durante las primeras visitas. Clasificamos a las mujeres por razones de no amamantar en 3 categorías generales: las responsabilidades del hogar, motivos individuales, y las circunstancias. Las responsabilidades del hogar eran tener otro niño que cuidar o atender a las tareas domésticas.

Las razones individuales incluídas eran por ejemplo: que no le gustaba la lactancia materna, no tenían ganas de atarse a esa tarea, pasarlo mal, y desear de nuevo su cuerpo anterior al parto. Las razones por las que las mujeres cesaban la lactancia materna se examinaron en relación a la duración del tiempo con la alimentación con leche materna. El formato de preguntas solicitando esta información permitía a las mujeres seleccionar más de una respuesta. También se examinó la relación entre la lactancia materna y diversas variables demográficas (por ejemplo, raza, educación, edad), de comportamiento o estilo de vida, los factores de riesgo (es decir, el tabaquismo, la exposición al HTA, IMC materno antes del embarazo [peso (kg) / talla (m²)]), y otros factores (por ejemplo, tipo de parto, peso del recién nacido, y la participación en el programa WIC). Los datos que faltaban fueron de entre 0,02% para la edad materna al 5,23% de IMC antes del embarazo. Usamos el software para encuestas de análisis de datos (SUDAAN, Research Triangle Institute, Research Triangle Park, Carolina del Norte) para el diseño de encuestas complejas. Este estudio fue aprobado por los Centros para el Control y la Prevención de la Junta de Revisión Institucional.

RESULTADOS.

Se encontró que el 32% de las mujeres no iniciaron la lactancia, el 4% iniciaron, pero se detuvieron en la primera semana después del parto, el 13% amamantaron a sus bebés de 1 a 4 semanas, y el 51% continuó más de 4 semanas (Tabla 1). De las mujeres que continuaron más allá del primer mes, el 31% se había detenido en el momento en que respondieron a la encuesta, 2 a 6 meses después del parto.

Como se muestra en la Tabla 1, el 53% de las mujeres no iniciaron la lactancia, y sólo el 31% continúa después del primer mes. Las mujeres menores de 25 años de edad fueron menos propensas a iniciar y continuar la lactancia que las mujeres mayores. Otros grupos menos propensos a iniciar la lactancia materna incluyeron a mujeres con menos de una educación de escuela secundaria, las que no estaban casadas, las que fumaban cigarrillos, aquellas cuya lactante estuvo expuesto al humo de forma indirecta, las que dieron a luz a un recién nacido de bajo peso, y las que participaron en el programa WIC (Tabla 1). Entre el 32% de las mujeres que no iniciaron la lactancia, el 55,1% citó razones individuales, el 30,5% dijeron que era por las responsabilidades domésticas, y 29,0%, citó otras circunstancias como razones para no hacerlo. De las 1300 respuestas por escrito de las mujeres que no iniciaron la lactancia, el 10,5% declararon que no lo hicieron porque estaban usando algún tipo de medicamento (por ejemplo, Prozac, antidepresivos, píldoras anticonceptivas o Depo-Provera), el 5,5%, porque fumaba cigarrillos, y el 4% debido a que tuvo gemelos. El resto de las mujeres tenían una variedad de razones incluyendo otras cirugías anteriores que podría alterar la lactancia.

Las razones principales que las mujeres citaban para detener la lactancia materna temprana fueron: dolor en los pezones, la percepción de no producir suficiente leche, y que su bebé tuviera dificultades para mamar, o no estar satisfecho con la leche materna. Los motivos por lo que dejaban de amamantar eran distintos en mujeres que dejaron después de 4 semanas. Eran

más propensas a decir que era el momento apropiado para suspenderlo, o que los compromisos laborales o la escuela les impedían continuar (cuadro 2).

En sus respuestas por escrito, el 20% de las mujeres que detuvo la lactancia antes dijo que lo hicieron debido a que sus senos se secaron o no estaban produciendo suficiente leche, un 15% debido a que sus bebés se quedaron en el hospital o que ha tenido bebés múltiples para alimentar y su situación era difícil de manejar, y el resto de las mujeres por otras razones (incluyendo a volver a utilizar métodos anticonceptivos, fumar, usar drogas de la prescripción, y otros hijos ponerse celosos del bebé).

Como se señaló anteriormente, las intenciones son los principales determinantes de si una persona va a participar en un comportamiento específico. Usaron datos de Arkansas y Ohio para evaluar la relación entre las intenciones de las mujeres con respecto a la lactancia materna y su posterior comportamiento. Antes del parto, el 49,6% (intervalo de confianza del 95% [IC]: 47,7-51,6%) de estas mujeres tenía previsto dar el pecho, el 16,3% (95% IC: 14,9 a 17,7%) pensaba que se podría amamantar, el 4,5% (95% IC: 3.7-5.3%) no estaban seguras de lo que iban a hacer, y el 29,6% (95% CI: 27.8-31.3%) no tenían la intención de amamantar. La gran mayoría de las mujeres que planearon amamantar antes del parto iniciaron la lactancia materna, mientras que la mayoría de los que no tenía previsto dar el pecho no lo iniciaron. De las mujeres que pensaban que podían amamantar, el 68,5% (IC del 95%: 64.1-72.8%) en realidad lo hizo, y de los que no sabían lo que iban a hacer, el 41,1% (95% IC: 32.1-50.1 %) iniciaron la lactancia materna (Tabla 3). La mayoría de las mujeres que tenían una disposición positiva hacia la lactancia materna, la iniciaron a durante las 4 primeras semanas. Un modelo multivariable ajustado por factores demográficos y otras fuentes han revelado que, en comparación con las mujeres que no tenía previsto dar el pecho, las que tenían la intención de amamantar fueron significativamente más propensas (razón de probabilidad ajustada: 14,3, IC 95%: 4,7 a 43,5) para amamantar durante 4 semanas.

DISCUSIÓN.

La mayoría de las mujeres en este estudio iniciaron la lactancia materna, y aproximadamente la mitad continuaron más allá del primer mes después del nacimiento de su hijo. Las razones más comunes para que la lactancia materna cesase durante el periodo postnatal, tenían que ver con las molestias físicas y la incertidumbre de las mujeres sobre la adecuación de su producción de leche y la satisfacción del hijo. Más tarde el cese de la lactancia materna es más probable que fuese debido a la insuficiencia percibida de la leche, o cambios debidos a que la mujer ingresaba de nuevo en el trabajo o la escuela. Se observó que las intenciones de las mujeres sobre la lactancia se asociaron con el comportamiento y su continuación durante el periodo posparto. Nuestros resultados resaltan varios aspectos importantes sobre las decisiones de las mujeres sobre la lactancia materna y proporcionan información sobre posibles obstáculos en la continuación. Otras de las cuestiones que los pediatras pueden tratar incluyen la producción de la leche humana, la frecuencia de la lactancia materna, los indicadores de que el bebé está tomando suficiente leche, y cómo el uso de medicamentos y las circunstancias cambiantes pueden afectar la lactancia materna. Al igual que investigaciones previas, se observa que las mujeres que no inician la lactancia suelen ser mujeres de raza negra, más jóvenes, clientes de WIC, obesas antes del embarazo y fumadoras. Debido a que en muchas ocasiones las mujeres están socialmente desfavorecidas, pueden tener menos oportunidades para aprender sobre la lactancia. Es fundamental que se informen en hospitales, en programas como WIC que promuevan y apoyen la lactancia materna y que refuercen la decisión de las mujeres de amamantar. Además, es importante que los proveedores tengan en cuenta la visión de las mujeres sobre la lactancia materna, promuevan intenciones positivas hacia la lactancia materna, e identifiquen recursos útiles para las mujeres que intentan dar el pecho. La investigación muestra que las estrategias dirigidas a los grupos de bajos ingresos pueden aumentar las tasas de iniciación de la lactancia y aumentar la

duración de la lactancia materna y que el apoyo profesional en el período postparto temprano es fundamental. Proporcionar a las mujeres información adecuada acerca de los obstáculos comunes de lactancia y el acceso a un especialista en lactancia materna durante el período postparto temprano puede ayudar a superar estas barreras. Por ejemplo, los programas de pre y post natal pueden ayudar a preparar a las mujeres para hacer frente a cuestiones relacionadas con el cese la lactancia materna temprana y los programas de a nivel comunitario pueden ayudar a promover la lactancia materna. De hecho, estos programas deberían ayudar a las mujeres que amamantan a continuar amamantando después de regresar al trabajo o a la escuela ya que es nutricionalmente beneficioso. Este estudio tiene varias limitaciones. Los resultados son generalizables sólo a los 10 estados de la cual se analizaron los datos, los datos de intención de la lactancia materna sólo se disponía de dos estados, y el carácter transversal de los datos no nos permiten hacer inferencias causales. Sin embargo, los datos de PRAMS nos permitieron examinar la iniciación de la lactancia y la continuación e identificar las causas de las mujeres para continuar o detener este comportamiento. Los resultados de este examen pueden ser útiles para desarrollar o modificar los programas existentes que están en mejores condiciones de prestación de servicios y recursos a las mujeres embarazadas y lactantes y para guiar las visitas prenatales y postnatales de salud. Los resultados de nuestro estudio sugieren la importancia de proveer personal capacitado y de apoyo, incluyendo consejeros de lactancia, para ayudar a las mujeres que han dado a luz a superar los diversos obstáculos a la lactancia materna.

Además, los resultados también indican la necesidad de realizar debates prenatales entre las mujeres embarazadas y sus proveedores de atención médica acerca de la lactancia y sus intenciones, en los cuales se debe incluir el desarrollo de planes para superar los problemas comunes de la lactancia y de los recursos y la identificación de mecanismos de apoyo. Estas estrategias pueden ayudar a las mujeres a continuar la lactancia materna el tiempo suficiente para que sus hijos se beneficien plenamente del alto valor nutricional de la leche materna. En resumen, las intervenciones adecuadas durante el embarazo y después del parto ayudarán a las mujeres en la toma de las decisiones óptimas de alimentación infantil para ellas y sus bebés.