Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

EDITORIAL

Promoción de la lactancia materna exclusiva: una necesidad permanente

Promotion of Exclusive Breastfeeding: a Permanent Need

Ener de Jesús Fernández Brizuela[1]

[1] Policlínico Docente Teniente Tomás Rojas, Carlos Manuel de Céspedes, Camagüey, Cuba

Cómo citar este artículo:
Fernández-Brizuela E. Promoción de la lactancia materna exclusiva: una necesidad permanente. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 8]; 12(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2737

Aprobado: 2014-03-09 15:12:47

Correspondencia: Ener de Jesús Fernández Brizuela. Policlínico Docente Teniente Tomás Rojas. Carlos Manuel de Céspedes, Camagüey fbener@finlay.cmw.sld.cu

Recientemente la organización no gubernamental (ONG) *Save the Children*, elaboró un informe donde expresa que las vidas de 95 bebés podrían salvarse cada hora, 830 000 cada año, si las madres les alimentaran con leche materna desde el momento del nacimiento. En el documento se firma que si los bebés reciben el calostro –la primera leche de la madre– en su primera hora de vida, su sistema inmunológico "se pone en marcha inmediatamente", lo que les da el triple de posibilidades de sobrevivir. En este informe, citado por varias agencias de prensa en el mundo, se atribuye este problema a la falta de educación e influencia de las mujeres, que, según *Save the Children*, se traduce en que algunas prácticas dañinas, que impiden que las madres den el pecho a sus hijos, estén "bastante extendidas".[1]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han dejado bien establecido y recomendado que la alimentación con leche humana exclusivamente hasta los seis meses de vida, es la forma natural e ideal para la alimentación de los recién nacidos y lactantes.[2,3]

Sin embargo, los estudios relacionados con la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) en diferentes regiones del mundo, ponen al descubierto que aun se está muy distante del propósito propuesto por la OMS.[4-6] Cuba no está exenta de esta problemática, a pesar de la prioridad que los programas de salud en particular, y la sociedad, en general, brindan a este tema, los indicadores de LME aun no se corresponden con las aspiraciones y necesidades. Así lo demuestra la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados, publicada en enero de 2012 por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud de Cuba, de conjunto con Unicef, donde se expone que solo aproximadamente el 49 % de los niños y niñas son amamantados de forma exclusiva hasta el sexto mes de vida.[7]

Muchas veces, cuando se indaga con las madres acerca de la lactancia del niño, afloran problemas, manifiestan que esta no fue posible por razones laborales, otras alegan razones de tipo personal, es decir, lo estético y lo físico, otras por disminución en la cantidad de leche y lentitud en el crecimiento y ganancia de peso del niño, otras por desinformación por parte de los trabajadores de la salud, la era moderna de la alimentación artificial, entre otras causas. Por otra parte, las presiones sociales, la mala interpretación de que el niño no se llena con el pecho, el desconocimiento del incuestionable valor de la leche natural como alimento exclusivo, las lleva a la introducción temprana de alimentos inadecuados para la edad, lo cual implica riesgo para la salud y el desarrollo del niño.[8]

Otra de las limitantes de la práctica de la LME en recién nacidos, es la infección por VIH de las madres, que durante mucho tiempo se consideró una contraindicación absoluta para esta. Sin embargo, actualmente se ha demostrado que entre las madres positivas a VIH, la mortalidad de la descendencia es de alrededor del 25 al 40 por cada mil nacidos vivos, por lo cual se recomienda la LME al constatarse que son mayores los beneficios sobre la reducción de la mortalidad que los riesgos de trasmisión al niño del VIH.[9,10]

Las características nutricionales de la leche humana aseguran un crecimiento armónico, el bienestar psíquico y una buena estimulación del lenguaje en las edades tempranas, si se administra como único nutriente y a libre demanda, durante los primeros seis meses de vida. Las ventajas para la salud de la madre y para la economía de los países, sobre todo de los subdesarrollados, son de un valor inestimable. Pero más allá de estos beneficios, es el valor inmunológico y la consiguiente disminución de la morbi-mortalidad en este grupo de edad, los factores de mayor impacto y repercusión en la salud del lactante, no solo durante el periodo de LME, sino para las etapas posteriores de la vida del niño.

Los componentes de la leche humana con propiedades inmunológicas son innumerables, e incluyen elementos humorales y celulares que protegen al niño de un espectro amplio de infecciones, entre las cuales se destacan las que con mayor frecuencia se presentan en las primeras etapas de la vida.

Dentro de los elementos humorales, son de vital importancia las inmunoglobulinas (Ig), con una mayor concentración en el calostro, primera leche secretada por la madre. Las Ig A secretoras ejercen una acción antiinfecciosa porque impiden la adhesión de las bacterias a las superficies mucosas y neutralizan las toxinas de microorganismos; a través de ellas se trasmite al niño la inmunidad de la madre contra algunos patógenos. Las Ig M, cuya forma le permite unirse con antígenos y poder activar el complemento y la fagocitosis, es efectiva frente

a bacterias gram negativas productoras de enfermedades y puede neutralizar gran cantidad de virus. Las Ig G que tienen capacidad para neutralizar virus, poseen gran actividad antibacteriana; activan el sistema complemento por las dos vías y participan en los fenómenos de citotoxicidad celular. Otros elementos humorales son las citoquinas, quimioquinas y receptores que amplifican la respuesta inmune, acarrean células destructoras al sitio donde se produce la inflamación por el agente biológico para su posterior destrucción, así como otras que facilitan la presentación de estos antígenos bacterianos. El complemento es activado por varias inmunoglobulinas por sus tres vías, lo cual trae consigo la lisis de microorganismos patógenos. La lactoferrina impide que el hierro esté a disposición de las bacterias, ejerciendo así un efecto bacteriostático. El interferón potencia la actividad antimicrobiana de las células inmunitarias.[8,11,12]

Por su parte, la inmunidad celular se ve representada por macrófagos que representan alrededor del 60 % y actúan como células presentadoras de antígenos, realizan fagocitosis de microorganismos y tienen actividad bactericida. Los neutrófilos (25 %) tienen actividad bactericida y realizan fagocitosis de microorganismos. Además, están presentes los linfocitos T, que destruyen directamente células infectadas, y los linfocitos B que producen anticuerpos.[8,11,12]

Además de estos factores medibles, en la lactancia materna se sustenta otro aspecto muy importante: el fuerte vínculo materno-infantil sobre la inmunidad; cuyo sustrato fisiológico está dado, tanto durante la lactancia como durante el parto, porque se pone en juego un complejo mecanismo neurohormonal que influye directamente sobre la inmunidad del bebé.[8]

Si bien estos elementos son del conocimiento del personal sanitario que promueve la LME, aun son insuficientes las acciones de promoción, protección y apoyo a la LM que logren un verdadero impacto en esta práctica. Es necesario que la preparación para la LM no sea exclusiva para las madres, sino que la reciban sus familiares y miembros de la comunidad, para que todos apoyen este proceso.

Se requiere la participación del equipo básico de salud y el pediatra en la consulta de puericultura prenatal para informar de forma extensa sobre las ventajas de la lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos. Debe promoverse que la leche humana es el alimento de elección durante los seis primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos los prematuros y los niños enfermos, salvo raras excepciones; que los niños sanos deben ponerse en contacto directo piel con piel con su madre y mantenerlos allí inmediatamente después del nacimiento hasta que se realice la primera toma; que los recién nacidos deben alimentarse al pecho a demanda, no se debe esperar a que el niño llore, si está despierto, buscando, o con un incremento de actividad, debe de ponerse al pecho; que no se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche materna, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia, ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados; que cuando se introducen biberones de sucedáneo la producción de leche desciende más y la lactancia materna fracasa en poco tiempo.[13,14]

El profesional sanitario debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho. Cuando se detecta alguna dificultad en la lactancia materna, hay que intervenir. Muchos de los fracasos de la lactancia, son consecuencia de una técnica incorrecta; por ello, debe contarse con información escrita asequible para las madres, relacionada con las ventajas, la técnica y el mantenimiento de la lactancia.[13]

La libre elección de la madre y su familia de vivir la experiencia de amamantar y dar a sus hijos la alimentación adecuada, es un derecho, y necesitan de información, apoyo y protección para que puedan llevarla a efecto de manera satisfactoria.[14]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tinoko Marquina A, Caswell Pérez A. Lactancia Materna en México. Retos ante la inequidad [Internet]. México: Save the Children; 2013. [cited 13 Dic 2013] Available from: http://www.savethechildren.mx/wp-content/uploads/pdfs/0214014LactanciaMaternaMXF.pdf.

2. World Health Organization. Infant and Young Child Nutrition. Global strategy for Infant and Young Child Feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2002. [cited 13 Dic 2013] Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf.

3. World Health Organization. The United Nations Children´s Fund. The Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Breastfeeding in the 1990's: A Global Initiative Meeting in Florence, Italy and New York. Geneva. Geneva: WHO/UNICEF; 1990.

4. Shim JE, Kim J, Heiniger JB. Breastfeeding duration in relation to child care arrangement and participation in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. J Hum Lact [revista en Internet]. 2012 [cited 12 Mar 2013] ; 28 (1): [aprox. 15p]. Available from: http://jhl.sagepub.com/content/28/1/28.full.pdf.

5. Bonet M, Blondel B, Khoshnood B. Evaluating regional differences in breast-feeding in French maternity units: a multi-level approach. Public Health Nutrition [revista en Internet]. 2010 [cited 12 Mar 2013] ; 13 (12): [aprox. 2p]. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=/PHN/PHN13_12/S136898001000159Xa.pdf&code=c98334c097e27b424c8f885f98070afa.

6. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer LM. Increases in breastfeeding in Latin Americ and the Caribbean: an analysis of equity. Health Policy Plan. 2011 ; 26 (3): 257-65.

7. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Cuba. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. 2010/11 [Internet]. La Habana: Molinos Trade S.A; 2012. [cited 13 Dic 2013] Available from: http://files.sld.cu/dne/files/2012/05/encuesta-de-indicadores-multiples-e.pdf.

8. Castillo Belén JR, Rams Veranes A, Castillo Belén A, Rizo Rodríguez R, Cádiz Lahens A. Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. MEDISAN [revista en Internet]. 2009 [cited 16 Ene 2013] ; 13 (1): [aprox. 14p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san13109.htm.

9. Jamieson DJ, Chasela CS, Hudgens MG, King CC, Kourtis AP, Kayira D. Maternal and infant antiretroviral regimens to prevent postnatal HIV-1 transmission: 48-week follow-up of the BAN randomised controlled trial. Lancet. 2012 ; 379 (9835): 2449-58.

10. Stein Z, Kuhn L. Breast feeding: A time to craft new policies. J Public Health Policy. 2009 ; 30 (3): 300-10.

11. Rossato N. Lactancia materna e inmunidad. Nuevos aspectos. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2008 [cited 16 Ene 2013] ; 106 (5): [aprox. 2p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0325-00752008000500001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

12. Salazar S, Chávez M, Delgado X, Pacheco T, Rubio E. Lactancia Materna. Arch Venez Puer Ped [revista en Internet]. 2009 [cited 16 Ene 2013] ; 72 (4): [aprox. 8p]. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0004-06492009000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

13. Pallás Alonso, CR. Promoción de la lactancia materna. Recomendación. In: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS sobre actividades preventivas y de promoción de la salud [Internet]. España: AEPAP; 2006. [cited 12 Mar 2013] Available from: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia_rec.pdf.

14. Jiménez Acosta S, Pineda Pérez S, Sánchez Ramos R, Rodríguez Suárez A, Domínguez Ayllón Y. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. Documento técnico para los equipos de salud [Internet]. La Habana: INHA;MINSAP; 2009. [cited 12 Mar 2013] Available from: http://www.inha.sld.cu/doc_pdf/guias_menores_dos_anos.pdf. La Habana; 2009.