



INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA AL DOCUMENTO ORIENTACIONES PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO LABORAL DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Asociación Española de Pediatría.

Presidente: Serafín Málaga Guerrero

Comité de Lactancia Materna.

Coordinadora: M^a Teresa Hernández Aguilar

J Manuel Martín Morales, M^a José Lozano de la Torre, Juan José Lasarte Velillas, Jesús Martín Calama, Jose María Paricio Talayero, Leonardo Landa Ribera, Carmen R Pallás Alonso, Josefa Aguayo Maldonado, Adolfo Gómez Papi, Marta Díaz Gómez, Jose Arena Ansótegui, M^a Dolores Romero Escós, Susana Ares Segura, Ana Jiménez

I. La necesidad de proteger la lactancia materna y los riesgos de no hacerlo

El amamantamiento es la forma natural de alimentación de los lactantes y niños pequeños. La lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementada con otros alimentos sanos, seguros y apropiados, a partir de entonces y hasta al menos el tercer año de la vida, asegura el óptimo crecimiento, desarrollo y salud. Después, el amamantamiento junto a la adecuada alimentación complementaria puede seguir contribuyendo al crecimiento, desarrollo y salud del lactante y del niño pequeño¹. El Plan de Acción Europeo para la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna en Europa reconoce el amamantamiento como una prioridad de Salud Pública² y junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la alimentación al pecho de **forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida** y junto con otros alimentos hasta los dos años de vida o más, según madre e hijo mutuamente deseen³.

La alimentación complementaria debe iniciarse alrededor de los 6 meses de vida para complementar la leche materna⁴. No existen datos para recomendar la introducción de alimentos complementarios antes de los seis meses de edad y sin embargo sí hay evidencias de que la introducción

temprana de otros alimentos puede tener importantes consecuencias para la salud del lactante^{5,6,7}

Los riesgos a los que se somete el lactante que no es amamantado o que abandona la lactancia antes de lo recomendado son múltiples⁸. Entre ellos un mayor riesgo de mortalidad postneonatal durante el primer año de vida, y un mayor riesgo de muerte súbita del lactante⁹. Además el lactante no amamantado presenta más riesgo de sufrir procesos infecciosos sobre todo gastrointestinales, respiratorios y urinarios, y éstos de ser más graves, aumentando el riesgo de hospitalización hasta 10 veces, según los estudios¹⁰. Más a largo plazo, el haber sido alimentado con sucedáneos de leche materna (leches de fórmula para bebés) aumenta el riesgo de padecer dermatitis atópica, alergia y asma en niños con antecedentes familiares de alergia¹¹, disminuye la eficacia de las vacunas, y aumenta el riesgo de padecer enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, esclerosis múltiple y cáncer en la edad adulta¹². Las niñas no amamantadas tienen más riesgo de presentar cáncer de mama en la edad adulta. Varios de los riesgos de la no alimentación al pecho son dosis-dependientes como el riesgo de cáncer de mama, obesidad, enfermedades respiratorias y algunos cánceres. Es decir, cuanto más tiempo se mantiene la alimentación al pecho más disminuye el riesgo.

Los lactantes no amamantados presentan unas puntuaciones peores en los tests cognitivos y menor cociente intelectual¹³ y peor agudeza visual, años después de terminar la lactancia. Y se ha relacionado una menor duración de la lactancia materna con la aparición de problemas mentales en los adolescentes¹⁴. Los niños, jóvenes y adultos no amamantados son menos estables psicológicamente y tienen una mayor incidencia de algunos problemas de salud mental como déficit de atención e hiperactividad, ansiedad y depresión. Esto y la disminución del riesgo de maltrato infantil se asocian al hecho de la alimentación al pecho y no sólo a la diferente composición de la lactancia materna, ya que se relacionan fundamentalmente con el contacto y la interacción que tiene el bebé con su madre durante el acto de amamantar. Por ello algunos de estos efectos beneficiosos no se presentan en los lactantes que sólo reciben leche de su madre en biberón.

Los perjuicios de no amamantar también afectan a la mujer que no amamanta, que presenta mayor riesgo de hemorragia postparto, mayor riesgo de fractura espinal y de cadera postmenopáusica, cáncer de ovario, cáncer de útero y artritis reumatoide⁸. Así como aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular, hipertensión, ansiedad y depresión^{15, 16}.

La sociedad también sufre los perjuicios del no amamantamiento ya que la lactancia artificial supone un aumento de gasto sanitario por la mayor morbilidad asociada (3.6 billones de dólares anuales en EEUU)¹⁷. También, se ha demostrado un aumento de absentismo laboral entre las madres y los padres de lactantes no amamantados, en comparación con los de lactantes amamantados al pecho, no sólo debido a la menor incidencia de enfermedades infantiles sino a la menor incidencia de problemas psicológicos en los progenitores de estos últimos. Dado que la morbilidad de los lactantes y sus madres supone un aumento del absentismo laboral, también las empresas sufren estos efectos. Un estudio^{19, 18} comparó el absentismo laboral de las

trabajadoras de una empresa con servicio de apoyo a la lactancia materna además de una sala para la extracción y conservación. Los resultados fueron que entre las mujeres con absentismo por causa de enfermedad de su hijo el 75% daba a su bebé leche artificial y sólo el 25% amamantaba.

Y la sociedad en general también sale perjudicada cuando falla la lactancia, ya que se perjudica el medio ambiente, al generar la lactancia artificial más residuos, mayor gasto de agua y electricidad y mayor cantidad de metano atmosférico.

II. La influencia de las condiciones laborales sobre la lactancia materna.

La reincorporación al trabajo remunerado por la mujer que amamanta, la expone a ella y a su prole, a riesgos físicos, químicos, biológicos, ya ampliamente expuestos y comentados en el documento que la AEP realizó para el INSS¹⁹. **Pero teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el Comité de Lactancia Materna de la AEP, afirma con contundencia, basándonos en el conocimiento científico actual, que el mayor riesgo al que se exponen una mujer lactante, su criatura, su familia y el resto de la sociedad, es la pérdida o la menor duración de la lactancia.**

Los estudios muestran que la duración de la lactancia en las mujeres trabajadoras es menor²⁰. Esta menor duración de la lactancia está principalmente relacionada con el número de horas de trabajo semanales, los trabajos a turnos o la ausencia de la madre de casa, durante periodos mayores a 8 horas. Por el contrario, el trabajo a tiempo parcial, menor número de horas continuadas alejadas de su bebé y horarios flexibles se relacionan con una mayor duración de la lactancia²¹.

En una encuesta²² en el año 2002 en EEUU la incidencia de lactancia materna a los 6 meses fue la siguiente: 27,1% en las empleadas a tiempo completo, 36.8% en las empleadas a tiempo parcial y el 35.2% en las trabajadoras sin empleo.

La duración de la lactancia materna en mujeres trabajadoras se relaciona más con las condiciones de su puesto de trabajo en la empresa que con el tipo de trabajo que realicen, especialmente en relación con los siguientes factores:

1. **Número de horas de separación entre madre y lactante:** en general cuanto más largas son las jornadas laborales más difícil es mantener la lactancia^{21,24}. Un estudio relaciona el trabajo a jornada completa con una reducción de la lactancia materna en 8,6 semanas; así mismo el trabajo a tiempo parcial con jornadas de trabajo de 4 o menos horas al día no disminuyó la duración de la misma y los trabajos a tiempo parcial con jornadas de más de 4 horas redujeron ligeramente la duración de la lactancia materna²⁰.

Puesto que se recomienda la lactancia **exclusiva y a demanda** durante los primeros seis meses de edad^{1,2,3}, y continuar la lactancia hasta los 2 años a demanda junto con otros alimentos (Recomendaciones de Salud Pública para toda la Unión Europea) la

separación entre madre y lactante por periodos superiores a unas horas dificulta extraordinariamente estas recomendaciones. Cuanto mayor sea el tiempo de separación más complicado será mantener la lactancia, existiendo trabajos en los que la separación puede llegar a ser de días (auxiliares de vuelo, visitadoras comerciales, pilotos, etc.) y en estos casos debiera contemplarse la necesidad de reubicación de la trabajadora mientras dura la lactancia ya que de otro modo sería imposible el mantenimiento de la misma.

2. **Facilidades para que la mujer pueda extraer y conservar su leche** en las mejores condiciones.

Si además de la separación madre-hijo, la mujer no dispone de medios para extracción de la leche habrá mayor riesgo de pérdida de la lactancia. Y, además, las jornadas largas y la falta de facilidades para la extracción de leche suponen un riesgo mayor de mastitis en la madre que amamanta²⁵.

Un estudio reciente concluye que las empresas que disponen de un programa de apoyo a la lactancia (reuniones informativas sobre los beneficios de la leche materna, disponibilidad y acceso a un consultor de lactancia, así como un local íntimo y habilitado adecuadamente para la extracción y conservación de la leche materna) favorecen que la mujer pueda continuar amamantando a su hijo todo el tiempo que desee²³. Esto evita disminuir la producción y permite que la leche materna le sea administrada al lactante durante ausencias cortas de la madre. Por ello, constituye una ayuda adicional para que las mujeres, tras la reincorporación al trabajo al finalizar el permiso por maternidad, mantengan la lactancia. Y, aunque requiere la oferta de "tiempos" para que la mujer pueda realizar la extracción de leche, y un espacio íntimo y dotado de lo necesario dónde poder realizar la extracción y conservación de la leche, en condiciones adecuadas, es un esfuerzo que posteriormente va a redundar en mayor productividad y menor absentismo laboral.

Por otra parte, existen factores maternos personales que determinan la facilidad o dificultad para la extracción de leche. Hay mujeres que pueden extraer su leche con facilidad manualmente o mediante extractores mecánicos, pero otras no son capaces y, en estas últimas, la posibilidad de mantener la lactancia es mucho más complicada.

En cuanto a los extractores, se relacionan con una mayor efectividad los eléctricos y de doble copa²¹ que facilitan la extracción de ambas mamas a la vez.

3. **La fatiga** es un factor que se ha relacionado con la disminución de la producción de leche considerándose de manera constante como el factor externo más perjudicial para la producción de leche²⁰. El tipo de jornada y el turno de trabajo pueden contribuir a dicha fatiga sobre todo las jornadas muy largas, jornada continuada (guardias, etc...) y la nocturnidad²⁶. Algunas mujeres pueden verse imposibilitadas para

trabajar a turnos irregulares o nocturnos o para hacer horas extraordinarias²⁷, si desean mantener la lactancia. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su recomendación 95/1952 ya contempla la prohibición de que una mujer lactante realice trabajos nocturnos y horas extraordinarias.

La producción de leche es una cuestión individual, hay mujeres que pueden superar situaciones extremas de estrés mientras que otras son más vulnerables. Se ha demostrado que el estrés no influye sobre los niveles de la hormona prolactina^{20,21} especialmente después de los primeros meses de lactancia. Sin embargo esta cuestión necesita mayor estudio y sí está descrito que la lactancia materna se mantiene mejor cuando la mujer no está sometida a situaciones estresantes o que generan ansiedad.

Estos tres factores y el resto de las condiciones laborales deben ser evaluados de una manera individual en cada trabajadora según su facilidad de extracción láctea, su turno de trabajo, la posibilidad de extracción y conservación de la leche en el puesto de trabajo, etc..., siempre buscando las mejores condiciones para que la mujer preserve su lactancia.

Porque, indudablemente, en este aspecto juegan un papel muy importante las condiciones de trabajo, y dependiendo de las mismas, será más fácil, más difícil o imposible el mantenimiento de la lactancia.

Y está demostrado que la duración de la lactancia materna exclusiva es mayor en aquellas mujeres que reciben apoyo para la lactancia por parte de su empresa²¹.

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

El Comité de Lactancia Materna de la AEP, declara basándonos en todo lo anterior y como complemento al documento elaborado para el INSS hace unos años, que:

1. Una política de los Gobiernos y de las empresas que apoye la continuación de la lactancia favorecería por un lado la reincorporación al trabajo de la mujer de una manera satisfactoria y por otro la continuación de la alimentación del lactante con leche materna con todos los beneficios que ello conlleva.
2. El gasto de recursos para la promoción de la lactancia es una buena inversión, para las mujeres, los lactantes, las empresas, el sistema sanitario, y en conjunto para toda la sociedad.
3. Es responsabilidad de todos conseguir que el mayor número posible de mujeres y sus hijos e hijas puedan iniciar y mantener la lactancia materna durante el mayor tiempo posible contribuyendo a un fomento de la salud en general, a una mayor rentabilidad y un menor gasto sanitario.

4. Es responsabilidad de las empresas y de las mutuas facilitar en lo posible las condiciones laborales de las mujeres de la mujer que amamanta y adaptar horario y turnos que faciliten y no entorpezcan el derecho de cada mujer y cada hijo a la lactancia materna al menos durante los 2 primeros años de vida, teniendo en cuenta además los importantes beneficios que las mujeres que crían hijos sanos ofrecen a nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506
2. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. EU project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of breastfeeding in Europe: A blueprint for Action. Luxembourg 2004.
3. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. Ginebra. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. 16 de abril de 2002.
4. Hernández Aguilar MT, Lasarte Velillas JJ. Alimentación complementaria en el niño amamantado. En Manual de Lactancia Materna. De la Teoría a la Práctica. Editorial Panamericana. Madrid 2008.
5. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods. Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Gastrointestinal, Immunologic Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. April 2001. Disponible en www.link-agesproject.org.
6. Kramer MS, Chalmers B, Donet ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shaphiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT); a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20.
7. Dewey KG. Nutrition, growth and complementary feeding of the breastfed infant. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48:87-104.
8. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. *An Pediatr (Bar)* 2005;63(4):340-56.
9. M.M.Venneman, T. Bjajanowski, B. Brinkmann, G. Jorch, K.Yücesan, C. Sauerland, E.A. Mitchel and the GeSID Study Group. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome?. *Pediatrics* 2009;123:e406-e410. Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/3/e406>.
10. Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, Santos Serrano L, Rivera LL. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life..*Pediatrics.* 2006 Jul;118(1):e92-9. Disponible en <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/1/e92>

11. Inger Kull, PhD, Erik Melen, MD, Johan Alm, MD, Jenny Hallberg, PhD, Magnus Svartengren, MD, Marianne van Hage, MD, Göran Pershagen, MD, Magnus Wickman, MD, and Anna Bergström, PhD. Breastfeeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren. *J Allergy Clin Immunol* 2010;125:1013-9.
12. Ortega Garcia JA, Ferris-Tortajada J, Torres-Cantero AM, Soldin OP, Pastor Torres E, Fuster-Soler JL, López-Ibor B, Madero-López L. Full breastfeeding and paediatric cancer. *Journal of Paediatrics Child Health* 44 (2008) 10-13
13. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002 May 8;287(18):2365-71. Erratum in: *JAMA* 2002 Jun 12;287(22):2946
14. Wendy H. Oddy, Garth E. Kendall, Jianghong Li, Peter Jacoby, Monique Robinson, Nicholas H. de Klerk, Sven R. Silburn, Stephen R. Zubrick, Louis I. Landau, Fiona J. Stanley. The Long-Term Effects of Breastfeeding on Child and Adolescent Mental Health: A Pregnancy Cohort Study Followed for 14 Years. *The Journal of Pediatrics*. April 2010 (Vol. 156, Issue 4, Pages 568-574)
15. Stuebe AM, Michels KB, Willett WC, Manson JE, Rexrode K, Rich-Edwards JW. Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood *American Journal of Obstetrics & Gynecology* . February 2009; 200(2):138.e1-138.e8.
16. Lactation and Maternal Measures of Subclinical Cardiovascular Disease. Schwarz, Eleanor Bimla MD, MS; McClure, Candace K. PhD; Tepper, Ping G. PhD; Thurston, Rebecca PhD; Janssen, Imke PhD; Matthews, Karen A. PhD; Sutton-Tyrrell, Kim DrPH . *Obstetrics & Gynecology*. 115(1):41-48, January 2010.
17. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999;103:870-6 este es el 18
18. Cohen R, Martek MB. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promotion* 1995; 10:148-254
19. Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/113410.pdf>
20. Lawrence Ruth A. Actividad laboral materna. En *Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica*. Sexta Edición. Ruth A. Lawrence, Rober M. Lawrence. Edición es español de la sexta edición de la obra original en inglés *Breastfeeding: A guide for the medical profession* año 2005. . Elsevier España 2007.
21. Hernández Aguilar, M.Teresa. Prolongación de la lactancia. Vuelta al trabajo. En *Lactancia Materna: Guía para profesionales*. Monografías de la AEP. Ergon 2004.
22. Ross Products División, Abbot Laboratories: Mothers Survey: Updated Breastfeeding Trends Though 2002. Columbus, OH, Laboratories, 2002
23. Mandal B, Roe BE, Fein SB The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy* 2010 Apr 16.

24. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P.. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr. Nurs.* 2004 Mar-Apr;30(2):111-9
25. Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, Chen PC. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud* 2010. Apr; 47 (4):461-74.
26. NTP: 445. Carga Mental de trabajo
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_445.pdf
27. Comunicación de la Comisión Europea sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos, así como los procedimientos industriales considerados peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia (Directiva 92/85/CEE del Consejo), de fecha de 5 de octubre de 2005.