

## Sumario

- Lactancia e inteligencia
- Semana Mundial de la Lactancia Materna
- Noticias de ACPAM
- Hospitales Amigos de los Niños
- Hablan las Madres
- Centros de Salud
- Ciencia
- Agenda
- Lactancia Materna en Internet

## Editorial

### Lactancia e inteligencia

En los últimos meses se ha hablado mucho de la lactancia materna y el desarrollo de la inteligencia. No hemos sido nosotros (no nos dedicamos a convencer a las madres de que den el pecho, sino a ayudar a las que desean hacerlo). Era la campaña publicitaria del último invento: algunos fabricantes han añadido a la leche artificial ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, con la intención declarada de mejorar el desarrollo del cerebro y de la retina.

Nos parece lamentable que, para promocionar sus nuevos productos hagan sentir culpables a

las madres, como si estuvieran poniendo en peligro el desarrollo de sus hijos si usan una leche de otra marca.

La composición de la leche artificial está regulada por normas nacionales e internacionales. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias procurar que, en cada momento, estos productos tengan la composición más adecuada, según los avances de la ciencia. Si un determinado ingrediente es útil, seguro y ventajoso, debe ser obligatorio para todas las leches. No se puede jugar con la salud de los niños, cualquier producto que sea claramente “peor” que los otros debe ser retirado del mercado. Pero si un determinado ingrediente no ha demostrado utilidad y seguridad, no debe permitirse que lo añadan a ninguna leche, y mucho menos que usen ventajas no demostradas para las campañas publicitarias.

Todas las leches artificiales que cumplen las normas legales deben ser esencialmente idénticas e intercambiables (excepto las especiales, como las hidrolizadas, sin lactosa o para metabolopatías específicas); corresponde a las autoridades garantizar que así sea. No se debe permitir que se engañe a los consumidores atribuyendo (en la publicidad o en el etiquetado) presuntas diferencias a productos que no son (o no deberían ser) diferentes.

## Semana Mundial de la Lactancia Materna

El tema de este año es:  
**Lactancia materna: una responsabilidad de la comunidad**

La lactancia materna es un derecho de cada madre. Pero muchos factores influyen, favorable o desfavorablemente, en sus posibilidades de éxito. Gobiernos y asociaciones, escuelas y comercios, instituciones sanitarias y medios de comunicación social, las familias y la sociedad en su conjunto, deben asumir su responsabilidad para facilitar y defender la lactancia materna.

¿Cómo hacer llegar el mensaje? Esperamos vuestras ideas y vuestro entusiasmo.

Este año, la mayor parte de los países Europeos se han puesto de acuerdo para celebrar la Semana Mundial de la Lactancia del 1 al 7 de octubre, para evitar las vacaciones. Es, simbólicamente, la semana 40 del año: la duración del embarazo.

## Noticias de ACPAM

ACPAM, por lo pronto, tiene el propósito de repetir el 1 de octubre la concentración pública de madres lactantes, que tan útil resultó el año pasado para sensibilizar a la opinión pública y a los medios de comunicación. Nos gustaría que este año

el acto no fuera sólo en Barcelona, sino que tuviera lugar simultáneamente en varias ciudades. Todos aquellos que estéis dispuestos a organizar algo, ponednos en contacto con nosotros.

El libro **Lactancia Materna**, manual para profesionales, está **agotado**. En dos años hemos distribuido 5.000 ejemplares. Esperamos tener una nueva edición en breve.

## REUNIÓN REGIONAL EUROPEA DE IBFAN

IBFAN (International Baby Food Action Network) celebró su reunión regional europea el pasado marzo (días 23 al 26) en Luxemburgo. IBFAN es una red de asociaciones y personas que defienden el derecho de las madres a tomar decisiones informadas sobre la alimentación de sus hijos.

Participaron unas 50 personas de 26 países europeos. La mitad provenían de países del este, de instituciones públicas, ministerios o centros de salud; y la otra mitad de ONGs de países occidentales. ACPAM envió una representante.

Entre otros temas se habló de:

- La organización europea e internacional de IBFAN;
- La Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y su implantación en los países europeos;
- Las leyes que protegen la lactancia materna, el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Lactancia Materna, la directiva europea y las diferentes legislaciones nacionales;
- Los problemas éticos de los profesionales de la salud respecto a aceptar regalos y ayudas de la industria;
- La relación con las asociaciones de consumidores.

## Hospitales Amigos de los Niños

El Dr. Luis Ruiz, miembro y entusiasta voluntario de ACPAM, ha sido nombrado coordinador de la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños en España.

Con la asistencia del Prof. Ruiz Jiménez, presidente del Comité Español de UNICEF, y del Director General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, se celebró el 16 de abril en Barcelona una nueva reunión sobre la Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños. Las sociedades científicas de obstetras, comadronas, enfermeras pediátricas y gerentes de hospitales participaron al más alto nivel; así como la Liga de la Leche y ACPAM.

Todas las delegaciones provinciales de UNICEF disponen ya de información y materiales sobre la iniciativa. En las próximas semanas, todas las maternidades de España recibirán amplia información. Se realizará una encuesta a los hospitales para conocer el grado de cumplimiento de los diez puntos, y una encuesta a las madres para conocer (por fin) la prevalencia y duración de la lactancia materna en España.

Por parte del Ministerio de Sanidad existe el compromiso de transmitir la información al equipo entrante, de forma que los cambios políticos no afecten al desarrollo de la iniciativa.

## Hablan las Madres

### UNA MADRE CANGURO

El día 30 de junio de 1995 nació mi segundo hijo, Pau. Yo había roto aguas en el quinto mes de embarazo e ingresé en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Los ginecólogos no me daban ninguna esperanza y una semana más tarde (a las 26 de gestación) nació con 805 gramos de peso.

Cuando ví aquella criaturita tan pequeña y tan frágil sentí que tenía que hacer algo por él. Sabía que la leche materna era el mejor alimento y la mejor medicina, pero no sabía hasta qué punto era tan beneficiosa para los prematuros en especial. Yo conocía la mecánica de la lactancia materna porque había entrado en contacto con un grupo de la Liga de la Leche y había amamantado a mi hijo Martí hasta los 21 meses. Así pues enseguida empecé a estimularme los pezones manualmente porque no había ningún sacaleches eléctrico en todo el hospital. Dos médicos que no conocían los beneficios de la lactancia materna intentaron retirarme la leche con medicamentos en tres ocasiones, y me costó mucho esfuerzo obtener las primeras gotas que llegaron al cabo de cuatro días. La situación era difícil, pero a los 10 días me sacaba unos 10 ml cada 3 horas. Estaba loca de alegría.

En el servicio de neonatología todo fue muy diferente. Enseguida nos dieron esperanzas porque al nacer, Pau había respirado muy bien y pronto le empezaron a dar alimentación parenteral (por la vena) y 1 ml de calostro cada 12 horas por sonda gástrica. El hospital permitía la visita de los padres cada 3 horas y esto nos permitió establecer un vínculo muy estrecho con nuestro hijo. Fue maravilloso. Con la ayuda de una enfermera y el permiso del jefe del servicio, des-

pués de una buena charla con él, y en contra de los procedimientos habituales, hice de mamá canguro a partir del segundo día de vida de Pau. Consiste en ponerse el niño entre los dos pechos, piel con piel, y dejar que sienta el latido del corazón, tan reconfortante, mecerlo suavemente con los movimientos respiratorios y darle el calor que sólo una madre puede dar. Mi marido y yo le cantábamos canciones y nos sentíamos muy unidos.

Pau sufrió una infección muy importante por candidas a través de la alimentación parenteral. Después he leído diversos artículos que afirman que si el niño es alimentado con leche materna no es necesaria la alimentación por vena y se pueden evitar estas complicaciones. Por otra parte Pau esquivó la enterocolitis necrosante, una perforación del intestino a causa de la inmadurez del tracto digestivo. Es una enfermedad de la cual operaron a todos los niños ingresados en unas condiciones similares a las de Pau, que recibían leche artificial. Hay estudios que afirman que la leche materna se adapta a la perfección a las necesidades del prematuro y es tan digerible que reduce notablemente el riesgo de sufrir esta enfermedad.

Cuando Pau tuvo dos meses, a la semana 35 teórica de gestación, ya me lo puse oficialmente directamente al pecho. Al segundo día de intentarlo se agarró y al tercero empezó a mamar y a deglutir. Pesaba 1.640 g. No me lo podía creer. Pedí que no le diesen ni tetinas ni chupetes para que no le causasen confusión y alternábamos la alimentación al pecho y la sonda nasogástrica. Estoy muy agradecida al equipo de profesionales que me permitieron hacer todos estos procedimientos nuevos para ellos y

nuevos para mí, que actuaba muy instintivamente.

A los dos meses y medio dieron de alta a Pau, con 1.960 Kg, también antes de lo que se suelen dar las altas, en un estado de salud perfecto y sin ninguna secuela. Nos fuimos con 84 biberones de leche congelada que habían sobrado y, una vez en casa, iniciamos una lactancia a demanda sin horarios ni restricciones. En estos momentos Pau tiene 10 meses, es un niño despierto, saludable y risueño, a quien le agrada mamar exclusivamente aproximadamente cada dos horas, y sobre todo es la delicia de grandes y pequeños. Todos los esfuerzos han valido la pena y me veo recompensada enormemente por la salud y bienestar que nos ha proporcionado la lactancia materna. Desde aquí quiero animar a todas las madres de niños prematuros para que pidan a los hospitales la alimentación al pecho. Con voluntad, conocimientos y apoyo, no hay barreras que no pueda atravesar una madre apasionada.

*Mariona Buixadé*

## Centros de Salud

### RESPIRAN MIENTRAS MAMAN

El recién nacido está preparado para la lactancia. Para ello tiene la nariz con un diseño especial que le permite respirar aunque esté muy pegado al pecho. Se trata de una RETROFMATIA: las ventanas nasales son amplias y miran hacia atrás, suelen ser "chatos".

Al nacer no sabemos respirar por la boca, ese mal hábito lo adquirimos al crecer. Los neonatos poseen el reflejo de soltar el pecho y retirar la cabeza hacia atrás si tie-

nen la nariz ocluida, incluso dormidos.

Muchas mujeres aprenden erróneamente a "hacer la pinza" con los dedos, retirando el pecho de la nariz del niño, pensando que así ayudan a respirar al bebé. Al hacerlo suelen retirar hacia atrás gran parte de la areola, logrando que el niño succione solo del pezón.

Amamantar así suele ser doloroso y causa grietas, además de dificultar la extracción de la leche: el niño saca mucha menos leche en más tiempo. Se inicia un círculo vicioso:

La madre que hace la pinza suele tener grietas dolorosas, al amamantar retira aun más hacia afuera el pecho de la boca del niño creyendo que así le dolerá menos. El niño obtiene poca leche, pierde más peso de lo habitual y presenta más ictericia, pues al retrasarse la emisión de meconio, la bilirrubina presente en dichas heces tiene tiempo de reabsorberse. El calostro tiene efecto laxante y cuanto más toma el niño más heces elimina.

El bebé cuya madre "hace la pinza" suele mamar muy a menudo y mucho rato para compensar que cada vez que mama obtiene poca cantidad. La madre dolorida no lo suele tolerar bien, lo que muchas veces conduce a un biberón de "ayuda" que unido al mal vaciamiento del pecho suele desembocar en una ingurgitación mamaria. La ingurgitación y las grietas pueden acabar en mastitis.

Todo esto unido al frecuente sentimiento de inseguridad que tienen muchas madres los primeros días puede conducir al abandono de la lactancia, tras convertirse en un auténtico suplicio.

La solución es eliminar la causa: Retirar la mano de la madre que "hace la pinza" y recolocar la boca

del niño bien abierta, introduciendo en ella la mayor parte de pecho posible. El niño se debe ver bien adherido al pecho de su madre, también la nariz. Se explica a la madre que su hijo puede seguir respirando.

La madre suele notar un gran alivio, pues amamantando así no siente dolor, y ve como su hijo mama en menos tiempo y queda saciado.

Simplemente haciendo esto he comprobado en muchas ocasiones que en sólo 24 horas las grietas curan, la ingurgitación desaparece, el niño emite más heces y mejora de su ictericia, y la madre logra descansar y empieza a valorar la lactancia positivamente.

Si existe ingurgitación puede ser difícil que el niño abarque con su boca también la areola y será necesario aplicar calor y masaje y vaciar el pecho lo suficiente para que el niño pueda mamar.

Inma Marcos  
Comadrona

## Ciencia

### ¿Debe recomendarse la lactancia materna en los hijos de madres portadoras del HBsAg?

González González ML, Viela Sala C, Salvà Armengod F, Lardinois Gibón R. *An Esp Pediatr* 1995;43:115-119

No hay evidencia de que los recién nacidos hijos de madres portadoras se contagien a través de la lactancia materna, independientemente de que hayan sido vacunados o no. En el estudio, realizado en Mallorca sobre 176 hijos de madre portadora, de los que 80 tomaron el pecho, sólo uno de los niños se convirtió en portador crónico: un niño que había toma-

do el pecho, pero había sido vacunado tardíamente, después de las 24 horas. Los autores concluyen que los hijos de madre portadora pueden tomar el pecho, y que la vacuna y la inmunoglobulina se deben administrar en las primeras 24 horas después del parto.

### Aumento en la incidencia de desnutrición grave e hipernatremia durante la lactancia materna en un área metropolitana

Cooper WO, Atherton HD, Kabana M, Kotagal UR. *Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area. Pediatrics* 1995;96:957-960

### Cuidado con las altas precoces

Lawrence RA. *Early discharge alert. Pediatrics* 1995;96:966-967 (comentario al artículo anterior)

Cinco recién nacidos que tomaban el pecho fueron ingresados a lo largo de cinco meses en un hospital, con deshidratación hipernatémica y desnutrición grave. Todas las madres eran primerizas, de entre 28 y 36 años, y habían sido dadas de alta entre 27 y 48 horas después del parto. Acudieron por primera vez al médico entre los 5 y los 14 días, por ictericia, control de peso, una pierna azul, mamadas poco frecuentes y escasa actividad, respectivamente; y habían perdido entre un 14 y un 32% del peso al nacer. Los niveles de sodio estaban entre 161 y 214 (normal 150). Dos de ellos presentaron accidentes vasculares cerebrales, y a un tercero se le hubo de amputar una pierna por trombosis. Tanto los autores como el comentario posterior insisten en la necesidad de controlar de cerca y precozmente a los recién nacidos, especialmente si el alta es precoz. Hay que detectar a todos aquellos

recién nacidos que pierdan más de un 7% de peso, o que sigan perdiendo después del tercer día, que no se enganchen bien al pecho o que hagan, en las primeras semanas, menos de 3 deposiciones al día o mojen menos de 6 pañales (de tela; los desechables empapan más). Tanto en el rarísimo caso de una verdadera hipogalactia, como en el caso mucho más probable de que se trate de problemas de técnica o succión (todas las madres tenían goteo de leche, y cuatro de las cinco habían sufrido ingurgitación), la detección precoz del problema permite evitar estas gravísimas complicaciones. A raíz de estos casos se mejoraron los sistemas de control de los recién nacidos en la zona, y el mismo hospital no ha vuelto a ver ningún caso semejante en los 8 meses siguientes.

Los recién nacidos que pierden mucho peso entran en un círculo vicioso de debilidad y letargo. Creyendo que el llanto indica hambre, y el sueño satisfacción, la grave pérdida de peso puede pasar desapercibida para la madre. En realidad, suelen ser los que más lloran (y más maman) los que ganan más peso.

### Dieta inicial del prematuro y mineralización ósea a los cinco años

Bishop NJ, Dahlenburg SL, Fentrell MS, Morley R, Lucas A. *Early diet of preterm infants and bone mineralization at age five years. Acta Paediatr* 1966;85:230-236

Cincuenta y cuatro prematuros (738 a 1843 gramos) tomaron leche de su propia madre, no "enriquecida" y sin suplementos de calcio y fósforo. Cuando la cantidad de leche era insuficiente, 30 recibían leche de banco pasteurizada y los otros 24 leche artificial especial para prematuros (que lleva el do-

ble de calcio). El porcentaje de leche de la propia madre en el total de la ingesta variaba entre el 0 y el 100%, media 54%. Todos los que pesaban menos de 1.250 g recibían 250 UI/día de vitamina D.

A los 5 años se midió el contenido mineral óseo por absorciometría de fotones. En el grupo suplementado con leche de banco, el porcentaje de leche de la propia madre no influyó; mientras que en el grupo suplementado con leche artificial, la mayor ingesta de leche de la propia madre tenía una fuerte correlación positiva con el contenido mineral. Los autores especulan con la posibilidad de que la baja ingesta de calcio en los primeros meses modifique el metabolismo de forma que los niños fijen mejor el calcio en años posteriores.

Estos datos de seguimiento a largo plazo resultan particularmente interesantes, cuando la menor mineralización encontrada en los estudios a corto plazo ha llevado a muchos a recomendar suplementos de calcio y fósforo para los prematuros que toman leche materna.

### **El chupete aumenta el riesgo de otitis media recurrente en niños que acuden a la guardería**

*Niemelä M, Uhari M, Möttönen M. A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. Pediatrics 1995;96:884-888*

Siguiendo a 845 niños durante 15 meses se encontró una relación definida y específica entre el uso de chupetes y la otitis. La incidencia anual de otitis aumenta, con el uso del chupete, de 3,6 a 5,4 episodios en los menores de 2 años, y de 1,9 a 2,7 entre los 2 y los 3 años. Los niños menores de 2 años que había mamado menos de

3 meses tuvieron 7,5 episodios de otitis al año, frente a 1,3 los que habían mamado 12 meses o más. No hubo relación con la clase social, el uso de un biberón, la succión del pulgar o el tabaquismo de los padres (excepto en mayores de 4 años cuyos padres fumaban más de 10 cigarrillos). El chupete no se asociaba con resfriados y otros síntomas de infección. Los autores atribuyen el problema a las alteraciones de la presión en las trompas de Eustaquio, y sugieren que los niños no deberían usar el chupete después de los 10 meses de edad.

Como el chupete, por otro lado, interfiere con la lactancia, especialmente en las primeras semanas, su periodo de utilización parece reducirse notablemente.

### **El crecimiento de los lactantes amamantados se aparta de las curvas de referencia actuales: análisis conjunto de datos de los Estados Unidos, Canadá y Europa.**

*Dewey KG et al. Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. Pediatrics 1995;96:495-503*

Se analizan datos de 7 estudios, total 453 niños que han tomado el pecho, 226 de ellos durante más de un año. En comparación con las gráficas norteamericanas (las que usa la OMS), el peso, la talla y el peso para la talla de los niños que habían tomado el pecho más de un año se mantenían por encima durante los primeros 6-8 meses, y luego descendían hasta el año, debido a una mayor velocidad de crecimiento en los primeros 2 meses. En cambio, el perímetro cefálico era superior a la media durante todo el año. Se descarta que el menor crecimiento

indique un "déficit" en la leche materna, porque tenía lugar precisamente cuando los niños tomaban también otros alimentos. Se están preparando en la actualidad nuevas curvas de crecimiento para niños amamantados.

Entre tanto, el hecho de que los niños que toman el pecho parecen "bajar de caminito" en nuestras gráficas después de los primeros meses debe reconocerse como absolutamente normal.

## **Agenda**

### **WABA GLOBAL FORUM**

Se celebrará del 2 al 6 de diciembre de 1996 en Tailandia, bajo el lema "La Salud de los niños, los derechos de los niños. Acción para el siglo XXI". Para personas y grupos que trabajan en temas de lactancia materna, mujeres, niños, jóvenes, consumidores, derechos humanos y medios de comunicación El castellano será uno de los idiomas empleados. Información: Susan Siew, WABA, fax: 60-4-657-2655.

### **Lactancia Materna en Internet**

La Leche League International (<http://www.prairienet.org/llli>), ofrece numerosas páginas de información sobre la lactancia, varias de ellas en español.

INFACT Canadá informa sobre aspectos legales y políticos. Es posible ver y obtener en formato de mapa de bits sus excelentes carteles de promoción de la lactancia (<http://www.io.org/~infacto>).

Foros de discusión internacionales: en inglés, LACTNET (<http://www.mcs.com/~auerbach/lactation.html>).

En español, LACMAT (correo electrónico: lacmat@opsarg.sld.ar).

Y puedes contactar con nosotros en acpam@pangea.org

### Edita

ACPAM

c/ Benet Mercadé 9, bajos  
08012 Barcelona

tel. y fax 93-217 05 22

(martes y jueves de 10 a 14 horas)

acpam@menta.net

Esperamos vuestras colaboraciones.

Este boletín es posible gracias a la generosa aportación de los socios y amigos de ACPAM y al trabajo de sus voluntarios.

ACPAM no acepta aportaciones en dinero ni en especie de fabricantes o distribuidores de alimentos infantiles, chupetes, biberones, sacaleches u otros productos relacionados con la lactancia.

Publicación semestral

Depósito Legal B-11.291-2000